

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Quelle est l'efficacité des traitements cognitivo-comportementaux destinés aux jeunes
âgés de 0 à 18 ans présentant un trouble d'anxiété sociale?

par

Émilie Dubé

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maitre ès art (M.A.)

Psychoéducation

Mai 2018

©Émilie Dubé, 2018

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Quelle est l'efficacité des traitements cognitivo-comportementaux destinés aux jeunes
âgés de 0 à 18 ans présentant un trouble d'anxiété sociale?

Émilie Dubé

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

_____ Directrice de recherche
Anne-Marie Tougas

_____ Autre membre du jury
Marc Tourigny

_____ Autre membre du jury
Michèle Déry

Mémoire accepté le: _____

SOMMAIRE

Cette étude est une recension systématique des écrits qui se base sur le protocole proposé par le *Center for reviews and dissemination* (2008). Douze études ont été sélectionnées, puisqu'elles répondaient à au moins une des trois questions de recherche du présent mémoire :

1. La thérapie cognitivo-comportementale est-elle efficace pour traiter les enfants ou les adolescents qui présentent un diagnostic de trouble d'anxiété sociale?
2. La thérapie cognitivo-comportementale est-elle plus efficace que les autres types de traitements disponibles pour traiter cette clientèle?
3. Est-ce qu'une modalité de thérapie cognitivo-comportementale est plus efficace que les autres pour traiter cette clientèle (p. ex. : familiale, groupe, individuelle, scolaire, etc.) ?

Les résultats des études permettent de constater que la thérapie cognitivo-comportementale est plus efficace qu'aucun traitement ou que d'autres types de traitements pour enrayer ou diminuer les symptômes du trouble d'anxiété sociale chez les enfants et les adolescents présentant ce diagnostic. Toutefois, il ne semble pas y avoir de modalité de ce traitement plus efficace qu'une autre.

Mots clés : Trouble d'anxiété sociale, thérapie cognitivo-comportementale, enfants, adolescents, recension systématique

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	2
LISTE DES TABLEAUX.....	7
LISTE DES FIGURES	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	9
INTRODUCTION.....	12
PREMIER CHAPITRE - PROBLÉMATIQUE	14
1. Contexte et définitions du trouble d'anxiété sociale	14
2. Prévalence du trouble d'anxiété sociale chez les jeunes	17
3. Conséquences à court terme de ce diagnostic	17
4. Conséquences à long terme de cette problématique	18
5. Trouble d'anxiété sociale et comorbidités chez les jeunes	19
6. programmes de TCC reconnus probants et utilisés en milieu clinique.....	20
7. Définition de la TCC: l'interaction entre les pensées, les émotions et les actions	20
7.1 Composantes de la TCC destinées aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale	22
7.2 Modalités de traitement de la TCC destinée aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale	24
DEUXIÈME CHAPITRE - CADRE DE RÉFÉRENCE.....	26
1. Bases théoriques pour déterminer ce qu'est un traitement efficace	26
1.1 Devis de recherche	26
1.2 Groupes de comparaison	27
1.3 Niveaux de preuve d'efficacité	27
1.4 Perte de diagnostic ou amélioration des symptômes	30
1.5 Outil diagnostique standardisé du trouble d'anxiété sociale.....	30
1.5.1 Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Version (ADIS-C/P)	30
1.6 Outils de mesure standardisés du trouble d'anxiété sociale.....	31
1.6.1 Social Phobia and Anxiety Scale for Children (SPAI-C)	31

1.6.2 Social Anxiety Scale for Children–Revised (SASC-R), Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) et Social Anxiety Scale for Adolescents: Parent Version (SAS-AP)	31
1.6.3 Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)	32
1.6.4 Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)	32
1.6.5 Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised (SCARED-R)	33
1.6.6 Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS).....	33
1.6.7 Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)	33
1.6.8 Social Phobic Disorders Severity and Change Form (SPDSCF)	34
1.6.9 Social Thoughts and Beliefs Scales (STABS)	34
1.6.10 Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)	34
TROISIÈME CHAPITRE - MÉTA RECENSION	35
1. Efficacité des programmes de TCC chez les enfants et les adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale	35
2. Recension des recensions	35
3. Critères d'inclusion et d'exclusion	36
4. État des limites méthodologiques des méta-analyses portant sur l'efficacité des programmes de TCC destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale	37
5. État des limites méthodologiques des recensions et chapitres de livres existants portant sur l'efficacité des programmes de TCC destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale.....	40
QUATRIÈME CHAPITRE - MÉTHODE	44
1. Identification des études.....	44
2. Sélection des études	45
3. Évaluation de la qualité des études	50
3.1 Génération d'une séquence aléatoire	51
3.2 Attribution aléatoire	51
3.3 Participation à l'aveugle.....	52
3.4 Évaluation à l'aveugle.....	53
3.5 Attrition des participants	53
3.6 Sélection des résultats rapportés	54

3.7 Déséquilibres de base.....	54
4. Extraction des données.....	55
5. Synthèse des résultats.....	57
6. Transfert des connaissances	57
CINQUIÈME CHAPITRE - RÉSULTATS	58
1. La TCC est-elle plus efficace qu’aucun traitement, au post-traitement et/ou au suivi, pour éliminer le diagnostic ou réduire les symptômes d’anxiété sociale chez les enfants ou les adolescents?.....	58
1.1 Caractéristiques des études ayant évalué la rémission des participants.....	58
1.2 Rémission au post-traitement.....	61
1.3 Rémission au suivi	61
1.4 Caractéristiques des études ayant évalué la diminution des symptômes d’anxiété sociale.....	62
1.5 Diminution des symptômes à l’ADIS-C/P (sévérité).....	72
1.6 Diminution des symptômes au SPAI-C	72
1.7 Diminution des symptômes au SASC-R.....	74
1.8 Diminution des symptômes aux autres outils de mesure du trouble d’anxiété sociale.....	74
2. La TCC est-elle plus efficace que les autres types d’interventions disponibles pour éliminer le diagnostic ou réduire les symptômes d’anxiété sociale de cette clientèle à court ou à long terme après le traitement ?.....	75
2.1 Caractéristiques de l’étude ayant évalué la rémission des participants	75
2.2 Rémission au post-traitement.....	78
2.3 Rémission au suivi	78
2.4 Caractéristiques des études ayant évalué la diminution des symptômes d’anxiété sociale.....	79
2.5 Diminution des symptômes à l’ADIS-C/P (sévérité).....	90
2.6 Diminution des symptômes au SPAI-C	90
2.7 Diminution des symptômes aux autres outils de mesure du trouble d’anxiété sociale.....	91
3. Est-ce qu’une modalité de TCC est plus efficace que les autres pour éliminer le diagnostic ou réduire les symptômes d’anxiété sociale au post-traitement et/ou au suivi?	94
3.1 Caractéristiques des études ayant évalué la rémission des participants.....	94
3.2 Rémission au post-traitement.....	97

3.3 Rémission au suivi	97
3.4 Caractéristiques des études ayant évalué la diminution des symptômes d'anxiété sociale.....	98
3.5 Diminution des symptômes à l'ADIS-C/P (sévérité).....	105
3.6 Diminution des symptômes au SPAI-C	105
3.7 Diminution des symptômes aux autres outils de mesure du trouble d'anxiété sociale.....	105
SIXIÈME CHAPITRE - DISCUSSION	108
1. Les effets de la TCC.....	108
2. Forces et limites	110
3. Retombées cliniques.....	112
4. Pistes pour les études futures	113
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	117
ANNEXE A - APPRÉCIATION DES RECENSIONS ET DES MÉTA-ANALYSES, SELON LES RECOMMANDATIONS DU <i>CENTER FOR REVIEWS AND DISSEMINATION</i> (2008).....	127
ANNEXE B - APPRÉCIATION DES MÉTA-ANALYSES RECENSÉES, SELON LE NOMBRE D'ÉTUDES QU'ELLES ONT DÛ EXCLURE POUR PROCÉDER À LEURS CALCULS	129
ANNEXE C - ACCORD INTER-JUGE SÉLECTION DES ÉTUDES	130
ANNEXE D - ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES	131
ANNEXE E - GRILLE D'EXTRACTION DES DONNÉES.....	134

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Critères diagnostiques du trouble d'anxiété sociale du DSM-V	16
Tableau 2 - Niveaux de preuve d'efficacité	29
Tableau 3 - Critères d'inclusion et d'exclusion	46
Tableau 4 - Rémission des participants selon les études ayant comparé la TCC à un groupe contrôle ne recevant pas de traitement	59
Tableau 5 - Caractéristiques et résultats des études ayant évalué la diminution des symptômes d'anxiété sociale entre un groupe expérimental recevant la TCC et un groupe contrôle ne recevant pas de traitement	64
Tableau 6 - Rémission des participants selon l'étude ayant comparé la TCC à un autre traitement.....	77
Tableau 7 - Caractéristiques et résultats des études ayant évalué la diminution des symptômes d'anxiété sociale entre un groupe expérimental recevant la TCC et un groupe contrôle recevant un autre type de traitement	81
Tableau 8 - Rémission des participants selon les études ayant comparé différentes modalités de TCC.....	95
Tableau 9 - Caractéristiques et résultats des études ayant évalué la diminution des symptômes d'anxiété sociale entre un groupe expérimental recevant une modalité de TCC et un groupe contrôle recevant une autre modalité de TCC	100

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Synthèse des études identifiées et sélectionnées	49
Figure 2 - Résumé des risques de biais évalués lors de l'évaluation de la qualité des 12 études sélectionnées	55

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ADIS-C/P: *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Version*

All.: Allemagne

CBGT-A: Groupe cognitive-behavioral therapy for adolescent

CGI-S: *Clinical Global Improvement Scale*

COMB: Combinaison de Sertaline et de thérapie cognitivo-comportementale

Ctrl.: Contrôle

DSM-V : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5e édition

d: D de Cohen

E/GTCC: Thérapie cognitivo-comportementale à l'école de groupe

É.-U.: États-Unis

ESGF: *Educational-Supportive Group Function*

E.T.: Écart-type

Évé.: Événement

Fds.: Fin de semaine

F/GTCC: Thérapie cognitivo-comportementale familiale de groupe

G-CBT: *Group cognitive-behavioral therapy*

GTCC: Thérapie cognitivo-comportementale de groupe

H.: Heure

IAFS-RC: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social avec restructuration cognitive*

IAFS-SANS RC: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social sans restructuration cognitive*

I-CBT: *Individual cognitive-behavioral therapy*

Indiv.: Individuelle

ITCC: Thérapie cognitivo-comportementale individuelle

ITT: Analyses en intention de traitement

L.A.: Liste d'attente

LSAS-CA: *The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents*

M: Moyenne

MASC: *Multidimensional Anxiety Scale for Children*

Min.: Minute

n: Échantillon

Nbr.: Nombre

n.d.: Non disponible

n.s.: Non significatif

PARS: *Pediatric Anxiety Rating Scale*

PBO: Placebo

Prog.: Programme

PST: *Psychoeducational-Supportive Therapy*

Pts.: Participants

RCMAS: *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*

Ref.: Référence

Répond.: Répondant

SAS-A: *Social Anxiety Scale for Adolescents*

SAS-AP: *Social Anxiety Scale for Adolescents: Parent Version*

SAS-C: *Social Anxiety Scale for Children*

SASC-R: *Social Anxiety Scale for Children–Revised*

SASS: *Skills for Social and Academic Success*

SCARED-R: *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised*

SCAS: *Spence Children's Anxiety Scale*

Sem.: Semaine

Sess.: Session

SET-C: *Social effectiveness therapy for children and adolescents*

SPAI-C: *Social Phobia and Anxiety Scale for Children*

SPDSCF: *Social Phobic Disorders Severity and Change Form*

SRT: Sertaline

STABS: *Social Thoughts and Beliefs Scales*

SST: Social skills training

TAS: Trouble d'anxiété sociale

TCC: Thérapie cognitivo-comportementale

T.E.: Taille de l'effet

TSPK: *Die Therapie der Sozialen Phobie im Kindesalter*

Tx.: Traitement

vs: Versus

INTRODUCTION

Le trouble d'anxiété sociale, qui se caractérise par la peur de se faire juger, observer ou de faire des activités devant plusieurs personnes (Costa Cabral Mululo, Bezerra de Menezes, Vigne et Fontenelle, 2012), est le trouble anxieux le plus diagnostiqué chez les enfants et les adolescents (Wittchen et Fehm, 2003). Il se diagnostique entre l'âge de 10 et 16,6 ans et il est très rare après l'âge de 25 ans (*Ibid.*). Compte tenu des conséquences qu'un tel diagnostic peut engendrer à court et long termes (faible qualité de vie, faible rendement scolaire, difficultés sociales, etc.), il est nécessaire de traiter efficacement les enfants et les adolescents présentant ce diagnostic (Costa Cabral Mululo *et al.*, 2012; Silverman, Pina et Viswesvaran, 2008; Wittchen et Fehm, 2003).

Jusqu'à maintenant, les traitements pharmacologiques et cognitivo-comportementaux destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale ont démontré leur efficacité au moyen d'études rigoureuses comportant un devis expérimental. Puisque les effets à long terme de la pharmacologie sont peu documentés, les traitements cognitivo-comportementaux sont plus souvent suggérés par les spécialistes et adoptés par les parents de ces enfants et adolescents (Young, Beidel, Turner, Ammerman, McGraw et Coaston, 2006). Ces traitements, selon les études, seraient efficaces tant sous une modalité individuelle que de groupe, avec ou sans implication des parents (Peake Britton, 2006; Segool et Carlson, 2008).

À ce jour, il n'existe aucune recension des écrits qui examine de manière systématique l'efficacité des traitements cognitivo-comportementaux destinés à cette clientèle, comme il a été fait pour la clientèle adulte. C'est précisément ce que le présent mémoire propose de faire.

Pour ce faire, ce mémoire présentera dans un premier chapitre, la problématique à l'étude et une définition des concepts liés à cette question de recherche. Puis, la pertinence sociale de s'intéresser à cette problématique sera démontrée. Dans un deuxième chapitre, le cadre de référence sur lequel se base le présent mémoire sera présenté. Puis, une recension préliminaire portant sur les recensions des écrits déjà existantes à ce sujet sera réalisée, afin d'identifier les traitements cognitivo-comportementaux étudiés et de brosser l'état des connaissances entourant leur efficacité, dans le troisième chapitre. La pertinence scientifique de réaliser une recension systématique à ce sujet sera également exposée dans ce chapitre. Dans un quatrième chapitre, le protocole de recherche et la méthodologie seront présentés, suivis par les retombées anticipées du présent mémoire. Puis, dans un cinquième chapitre, les résultats de la recension systématique seront présentés. Finalement, la discussion sera présentée dans le sixième et dernier chapitre.

PREMIER CHAPITRE

PROBLÉMATIQUE

1. CONTEXTE ET DÉFINITIONS DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

L'anxiété est un processus cognitif qui survient chez tous les êtres humains lorsqu'ils anticipent une situation stressante (Beidel, Turner et Morris, 1999). Dans certains cas, l'anxiété est nécessaire (Bee et Boyd, 2011; Marchand et Letarte, 2001). Par exemple, dans le quotidien, c'est l'anxiété qui agit comme régulateur et qui permet à l'individu de penser aux conséquences associées à certains actes. Ainsi, elle permet à l'enfant ou à l'adolescent d'anticiper les éléments associés à une situation en ressentant une émotion qui le poussera à agir (Beck, Emery et Greenberg, 2005). Cette action se présente souvent sous trois formes : fuir, figer et foncer (Bracha, 2004). C'est donc l'anxiété qui freine l'enfant ou l'adolescent à s'éloigner de ses parents dans une foule, à partir avec un étranger, à dépenser tout son argent en un seul achat, etc.

Comme le mentionnent Beidel, Ferrell, Alfano et Yeganeh (2001), il importe de distinguer l'anxiété normale, c'est-à-dire vécue par tous quotidiennement, de l'anxiété pathologique. L'anxiété pathologique survient lorsque le fonctionnement général de la personne est altéré. De plus, il faut que les symptômes d'anxiété ressentis par la personne soient disproportionnés par rapport au danger ou à la menace réelle, après avoir pris en compte le contexte culturel (American Psychiatric Association, 2013). Par exemple, il serait normal pour un jeune de vivre de l'anxiété avant de faire un exposé oral tandis qu'il serait pathologique de vivre de l'anxiété tous les jours avant d'aller à l'école.

Différents troubles font partie de la famille des troubles anxieux. Selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013), les troubles anxieux regroupent le trouble d'anxiété généralisée, le trouble d'anxiété sociale, le trouble d'anxiété de séparation, la phobie spécifique, le trouble de panique, l'agoraphobie et le mutisme sélectif. Parmi ceux-ci, le trouble d'anxiété sociale est le trouble anxieux le plus diagnostiqué chez les jeunes de zéro à dix-sept ans (Wittchen et Fehm, 2003).

D'un point de vue général, le trouble d'anxiété sociale se définit par : « une peur intense et persistante d'être jugé à la négative par les autres, ce qui entraîne un comportement d'évitement ou une détresse psychologique dans différentes situations sociales » (Costa Cabral Mululo *et al.*, 2012, p. 93; traduction libre).

Sous une perspective plus opérationnelle, le DSM-V de l'American Psychiatric Association (2013) indique que pour recevoir un diagnostic de trouble d'anxiété sociale, la personne doit présenter tous les symptômes énumérés dans le tableau 1. Le DSM-V précise également certaines particularités du trouble qui s'appliquent aux enfants (ce qui inclut également les adolescents).

Tableau 1
Critères diagnostiques du trouble d'anxiété sociale selon le DSM-V

A.	Peur prononcée en lien avec une ou plusieurs situations dans lesquelles l'individu est exposé à la possibilité d'être « scruté », « examiné de près » par les autres. De tels exemples peuvent inclure les interactions sociales (tenir une conversation, rencontrer des inconnus), le fait d'être observé (en mangeant ou en buvant) ainsi que de performer devant les autres (faire un discours).
Note : Chez les enfants, l'anxiété doit se démontrer dans un contexte d'interaction avec d'autres pairs et non seulement lors des interactions avec des adultes.	
B.	L'individu craint qu'il ou elle démontrera des symptômes ou agira de manière qui sera négativement perçue (qui sera humiliant, gênant, qui mènera au rejet ou qui pourra offusquer les autres).
C.	Les situations sociales provoquent presque toujours la peur ou l'anxiété. Note : Les enfants peuvent démontrer la peur ou l'anxiété par le biais de pleurs ou de crises. Il peut aussi arriver qu'ils se figent, qu'ils s'accrochent à quelqu'un ou encore qu'ils n'arrivent pas à parler lors d'interactions sociales.
D.	Les contextes d'interactions sociales sont évités ou endurés avec une peur ou une anxiété intense.
E.	La peur ou l'anxiété est démesurée par rapport à la vraie menace posée par le contexte social et socioculturel.
F.	La peur, l'anxiété ou l'évitement est persistant et dure habituellement 6 mois ou plus .
G.	La peur, l'anxiété ou l'évitement cause une détresse cliniquement significative ou un handicap dans des situations sociales, professionnelles ou parmi d'autres sphères importantes pour le fonctionnement de l'individu.
H.	La peur, l'anxiété ou l'évitement ne peut pas être attribué aux effets psychologiques d'une substance (abus de drogues, médication), ou de toute autre condition médicale.
La peur, l'anxiété ou l'évitement n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre désordre mental, tel que le trouble de panique,	

le trouble de la peur d'une dysmorphie corporelle ou le trouble du spectre autistique.
--

Si une autre condition médicale (parkinson, obésité, défiguration provenant de brûlures ou d'une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement n'y est évidemment pas relié ou elle est excessive.
--

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (1^{ère} éd. 1952) (Traduction libre; p.202).

2. PRÉVALENCE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE CHEZ LES JEUNES

À ce jour, aucune donnée canadienne ne nous renseigne sur la prévalence du trouble d'anxiété sociale chez les enfants et les adolescents. Toutefois, plusieurs études américaines avancent que le trouble d'anxiété sociale touche de 3 à 5 % des enfants et des adolescents (Anderson, Williams, McGee et Silva, 1987; Beidel, Turner, Sallee, Ammerman, Crosby et Pathak, 2007), ce qui en fait le trouble anxieux le plus diagnostiqué chez les jeunes (Wittchen et Fehm, 2003). Cette situation s'explique par le fait que ce diagnostic est généralement posé entre l'âge de 10 et 16,6 ans, selon la recension des écrits de Wittchen et Fehm (2003). Le trouble d'anxiété sociale touche actuellement entre 8 et 13 % des Canadiens (Gouvernement du Canada, 2006; Stein et Kean, 2000). Puisqu'il est rarement diagnostiqué après l'âge de 25 ans, il importe de s'attarder à la période d'apparition du diagnostic du trouble d'anxiété sociale, soit l'enfance et l'adolescence (Wittchen et Fehm, 2003).

3. CONSÉQUENCES À COURT TERME DE CE DIAGNOSTIC

Chez les enfants et les adolescents, le trouble d'anxiété sociale se fait souvent ressentir par des maux de ventre, des tremblements, des chaleurs, une hausse du rythme cardiaque, des comportements d'opposition, un refus d'aller à l'école ou un mutisme sélectif (La Greca et Lopez, 1998; Last, Perrin, Hersen et Kazdin, 1992). Ainsi, il est possible d'observer une timidité certaine dans la réalisation de plusieurs tâches souvent

demandées par les milieux scolaires, par exemple les exposés oraux, la lecture devant la classe, les activités physiques, etc. En d'autres mots, les manifestations physiques du trouble d'anxiété sociale entravent le bon fonctionnement de l'élève et peuvent nuire à son rendement (Kessler, 2003; Wittchen et Fehm, 2003). De plus, les enfants qui en souffrent ont tendance à s'isoler davantage, les privant ainsi d'un réseau social diversifié (Kessler, 2003). Plus spécifiquement à l'adolescence, le trouble d'anxiété sociale peut être associé à un taux plus élevé de grossesses, de tentatives de suicides et de consommation d'alcool ou de drogue (Keller, 2003; Kessler, 2003).

Le trouble d'anxiété sociale entrave également plusieurs activités du quotidien d'un jeune d'âge scolaire, comme manger, parler ou écrire en public, participer à des activités de groupe, aller à des soirées, parler au téléphone, utiliser des toilettes publiques et avoir des interactions informelles avec d'autres personnes (Hitchcock, Chavira et Stein, 2009; Scharfstein et Beidel, 2011).

Les enfants ou adolescents qui présentent ce trouble se retournent donc vers l'adulte lorsqu'ils sont en présence des stimuli de peur, en pleurant ou en s'agrippant (La Greca et Lopez, 1998; Last *et al.*, 1992). Cela implique donc des conséquences évidentes sur la famille de ces enfants.

4. CONSÉQUENCES À LONG TERME DE CETTE PROBLÉMATIQUE

À long terme, s'il n'est pas traité, le trouble d'anxiété sociale peut avoir de grandes répercussions sur le développement social et scolaire des jeunes (Costa Cabral Mululo *et al.*, 2012; Silverman *et al.*, 2008; Wittchen et Fehm, 2003). En effet, la présence d'un trouble d'anxiété sociale est associée à un risque plus élevé de décrochage scolaire, de faible rendement au travail ou d'un niveau plus élevé de chômage (*Ibid.*).

De plus, la persistance d'un trouble d'anxiété sociale à l'âge adulte augmente souvent le risque de vivre chez ses parents plus longtemps, de vivre plus de séparations et de faire peu d'activités sociales (*Ibid.*). Finalement, les adultes présentant ce diagnostic sont également plus à risque de consommer de façon abusive, de rapporter une faible qualité de vie, de vivre une grossesse à l'adolescence et de commettre une tentative de suicide (*Ibid.*).

Cette problématique demande des soins de santé et des services sociaux afin d'améliorer la qualité de vie des enfants et des adolescents qui vivent avec ce trouble. C'est donc la société qui doit en assumer les coûts chaque année. D'ailleurs, selon une étude de Greenberg (1999) aux États-Unis, les coûts, directs ou indirects, liés aux troubles d'anxiété pour les années 1990, étaient de 42,3 milliards de dollars par année. C'est pourquoi il importe de trouver les traitements efficaces afin de contrer cette problématique.

Compte tenu des conséquences individuelles, familiales, sociales et scolaires qu'un diagnostic de trouble d'anxiété sociale à l'enfance et à l'adolescence peut engendrer, il est nécessaire de travailler à en minimiser, voire en enrayer, les symptômes au moyen de traitements efficaces (Costa Cabral Mululo *et al.*, 2012; Silverman *et al.*, 2008; Wittchen et Fehm, 2003).

5. TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE ET COMORBIDITÉS CHEZ LES JEUNES

De nombreuses comorbidités (diagnostics secondaires) sont associées au trouble d'anxiété sociale (diagnostic primaire) chez les enfants et les adolescents. Parmi les diagnostics les plus souvent associés au trouble d'anxiété sociale chez cette clientèle, notons les autres troubles anxieux, le trouble déficitaire de l'attention avec

ou sans hyperactivité, l'opposition et la dépression majeure (Crawley, Beidas, Benjamin, Martin et Kendall, 2008). Or, la présence de ces comorbidités peut rendre le traitement du trouble d'anxiété sociale plus complexe (Ollendick, Jarrett, Grills-Taquechel, Hovey et Wolff, 2008).

6. PROGRAMMES DE TCC RECONNUS PROBANTS ET UTILISÉS EN MILIEU CLINIQUE

Selon les guides de pratiques probantes (les meilleures pratiques), les traitements de types pharmacologiques et cognitivo-comportementaux destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale sont les plus recommandés (*Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2012; Barrett et Ollendick, 2004; Paris, 2006). Dans la pratique clinique, il semble toutefois que les traitements cognitivo-comportementaux soient plus souvent suggérés par les spécialistes et acceptés par les parents en raison du peu d'informations disponibles sur les effets à long terme des traitements pharmacologiques (Young *et al.*, 2006). Chez les enfants et les adolescents, seuls les traitements cognitivo-comportementaux de groupe sont reconnus comme pratique probante pour les diagnostics de troubles anxieux, dont fait partie le trouble d'anxiété sociale (*Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2012).

7. DÉFINITION DE LA TCC: L'INTERACTION ENTRE LES PENSÉES, LES ÉMOTIONS ET LES ACTIONS

Le modèle du triangle de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) explique le phénomène du trouble d'anxiété sociale selon l'approche cognitivo-comportementale. En effet, selon ce modèle, l'anxiété sociale est le fruit des pensées qui entraînent une émotion qui, à son tour, entraîne une action (Beck *et al.*, 2005). Selon ce modèle, les traitements visant à réduire les symptômes d'anxiété sociale doivent

intervenir sur les pensées et les actions de l'enfant ou de l'adolescent, puisque ce sont les seules composantes sur lesquelles il a un contrôle (*Ibid.*).

D'abord, les pensées sont présentées comme ayant un pouvoir d'amplification d'un danger réel. Selon ce modèle théorique, les pensées erronées sont des préconstruits auxquels l'enfant ou l'adolescent adhère, selon une transmission intergénérationnelle ou son expérience de vie (Bee et Boyd, 2011). Par exemple, si un enfant a pour pensée erronée que lorsqu'il mange son repas à la cafétéria, tout le monde le regarde, il aura l'impression d'être jugé sur ce qu'il mange ou observé sur la vitesse à laquelle il mange pendant toute son heure de repas.

Afin d'enrayer le trouble d'anxiété sociale, la TCC préconise la restructuration cognitive, c'est-à-dire l'analyse des pensées erronées et l'adoption des pensées alternatives (Swinson, 2006).

Les émotions sont des signaux émis par le corps, indiquant que quelque chose est en train de se produire (Bee et Boyd, 2011). Ainsi, en cohérence avec les pensées d'un jeune, une émotion sera engendrée (*Ibid.*). Par exemple, si un adolescent croit que tout le monde le regarde et le juge lorsqu'il se rend à son casier, il éprouvera de la peur ou de la nervosité à chaque fois qu'il devra aller chercher ses livres à son casier.

Selon la TCC, les émotions n'offrent pas l'opportunité d'être travaillées directement. En effet, pour travailler l'apparition de certaines émotions, il faut travailler les pensées et pour intervenir sur la gestion des émotions, il faut travailler sur les actions (Beck *et al.*, 2005).

La dernière composante de ce modèle théorique est l'action. Elle est le résultat des pensées et des émotions (*Ibid.*). Elle est la réponse d'un jeune à ce que sa tête lui dit et ce qu'il ressent à l'intérieur de lui. Selon Bracha (2004), ces actions se regroupent en trois catégories, soient fuir, figer et foncer. Un enfant ou un adolescent qui évitera une situation ou qui fera comme si elle n'existait pas optera donc pour une action de fuite. Un autre jeune qui sera paralysé ou qui sentira qu'il ne contrôle plus ses actions sera figé. Puis, un enfant ou un adolescent qui tentera une action foncera vers cette problématique. Aucune de ces réactions n'est préférable, puisque selon la situation, les trois peuvent se montrer efficaces. Dans la TCC, l'exposition graduelle offre d'ailleurs un levier d'intervention, en ce sens où des actions ou des moyens de réagir peuvent être enseignés aux enfants ou aux adolescents qui sont amenés à confronter cette anxiété sociale pour se désensibiliser.

7.1 Composantes de la TCC destinées aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale

Crawley, Kendall, Benjamin, Brodman, Wei, Beidas *et al.* (2013) mentionnent que la TCC pour les enfants et les adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale comprend généralement de la psychoéducation, de l'entraînement aux habiletés de reconnaissance des émotions, de restructuration cognitive, de relaxation, de résolution de problèmes et de l'exposition graduelle au stimuli qui provoque le sentiment de peur. En effet, ce sont ces composantes précisément, dans la TCC, qui sont utilisées en présence du trouble d'anxiété sociale (Swinson, 2006; Otto, Simon, Olatunji, Sung et Pollack, 2011). De plus, les chercheurs tentent d'isoler les composantes importantes pour la réussite de la TCC et jusqu'à maintenant, ils ont identifié l'exposition graduelle (comportementale) et la restructuration cognitive (cognitive) (Damschroder, Aron, Keith, Kirsh, Alexander et Lowery, 2009) comme étant les composantes centrales des traitements cognitivo-comportementaux.

Premièrement, l'exposition systématique ou graduelle est, selon plusieurs auteurs, la pierre angulaire de la réussite d'une TCC. Cette méthode consiste à assurer la généralisation des acquis au cours du traitement par l'exposition à une situation antécédemment évitée parce qu'elle provoquait de l'anxiété chez l'enfant ou l'adolescent (Leahy, 2003; Swinson, 2006; Damschroder *et al.*, 2009; Otto *et al.*, 2011).

Deuxièmement, la relaxation permet à l'enfant ou l'adolescent de s'outiller et d'acquérir des stratégies de *coping* pour réagir lorsqu'il ressent des symptômes physiques de l'anxiété (Swinson, 2006; Otto *et al.*, 2011).

Troisièmement, la restructuration cognitive est l'analyse des moments d'anxiété vécus par l'enfant ou l'adolescent. Cette composante de la TCC implique que l'enfant ou l'adolescent identifie les pensées provoquant chez lui de l'anxiété et celles la réduisant. Il peut donc se concentrer sur les pensées positives pour réduire le niveau d'anxiété qu'il vit et remettre en question ses pensées négatives (Damschroder *et al.*, 2009; Leahy, 2003; Otto *et al.*, 2011; Swinson, 2006).

Quatrièmement, l'entraînement aux habiletés sociales consiste à outiller le jeune pour combler les déficits présents. Il s'agit de faire du *modeling* auprès de l'enfant ou l'adolescent pour la réalisation de certains comportements prosociaux, tels que le ton de la voix, le contact visuel et le maintien d'une conversation et les habiletés d'écoute (Swinson, 2006).

Les traitements cognitivo-comportementaux sont simples à administrer, mais ils nécessitent une personne possédant une formation considérable et une certaine expertise pour aider les jeunes et les parents à faire des changements significatifs dans

une période de temps spécifique. De plus, l'alliance thérapeutique entre le thérapeute et les enfants ou adolescents est importante dans la TCC (Otto *et al.*, 2011; Leahy, 2003).

7.2 Modalités de traitement de la TCC destinée aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale

Il existe différentes modalités de traitement en TCC (Albano, Marten et Holt, 1991; Barrett, 2004, Beidel et Turner, 1998; Clark et Wells, 1995; Fisher, Masia-Warner et Klein, 2004; Heimberg, 1991; Kendall, Choudhury, Hudson et Webb, 2000; Kendall et Hedtke, 2006; Masia, Beidel, Fisher, Albano, Rapee, Turner *et al.*, 1999; Olivares, 2005). Ces modalités sont des formes, des moyens différents ou des particularités dans l'administration du traitement, c'est-à-dire que ce sont, en effet, les façons choisies de dispenser le traitement. Cela implique que la modalité spécifie auprès de qui, dans quel contexte ou sous quel format le traitement sera offert. Entre autres, Beidel, Turner et Morris (2003) proposent un programme de TCC individuel. Albano, Marten, Holt, Heimberg et Barlow (1995) présentent plutôt un programme de TCC de groupe. Barrett (2005) présente de son côté un programme de TCC pouvant s'adapter à un groupe en milieu scolaire. De plus, quelques chercheurs ont commencé à observer l'implication parentale dans le traitement des troubles anxieux chez les enfants par la TCC, donc une modalité familiale (Barrett, Dadds et Rapee, 1996; Ginsburg et Schlossberg, 2002; Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu et Sigman, 2006).

En général, les intervenants opteront pour une intervention individuelle, c'est-à-dire que le client (personne qui présente un trouble d'anxiété sociale) est seul avec l'intervenant. Ils utiliseront le programme de TCC et s'ajusteront au rythme du client

pour intégrer des composantes du traitement (Beidel et Turner, 1998; Beidel, Turner et Morris, 2003).

De plus en plus, en milieu de travail, l'intervention de groupe est valorisée. En effet, il s'agit d'une modalité d'intervention moins coûteuse, puisqu'elle traite plusieurs clients à la fois (Beidel et Turner, 1998). Pour ces derniers, cette modalité de traitement peut s'avérer profitable par le fait qu'elle leur permet de s'exposer à des pairs (une situation anxiogène) présentant la même problématique qu'eux (normalisation). Les participants sont donc homogènes dans leurs objectifs de thérapie, mais hétérogènes dans les moyens qu'ils utiliseront pour les atteindre, puisque chaque personne est différente (Turcotte et Lindsay, 2008; Albano *et al.*, 1995). De façon semblable, le traitement peut être offert en milieu scolaire (Barrett, 2005; Beidel et Turner, 1998). Un intervenant pourrait animer un programme de TCC à une classe complète ou à un groupe d'enfants ou d'adolescents ciblés présentant un trouble d'anxiété sociale en milieu scolaire.

D'autres intervenants préconisent la TCC impliquant un investissement des parents (Barrett *et al.*, 1996; Ginsburg et Schlossberg, 2002; Wood *et al.*, 2006). Cette modalité de traitement peut se faire à la fois en individuel ou en groupe. Elle implique qu'à un moment donné ou tout au long du traitement, le parent participe au traitement. Il prend part au traitement de son enfant dans sa totalité ou ponctuellement. Toutefois, pour que la modalité soit considérée comme familiale, il faut que cette implication soit dans la majorité du traitement. Dans le cas où l'implication serait plus ponctuelle, il est davantage question d'une modalité de traitement avec une implication parentale.

DEUXIÈME CHAPITRE CADRE DE RÉFÉRENCE

1. BASES THÉORIQUES POUR DÉTERMINER CE QU'EST UN TRAITEMENT EFFICACE

1.1 Devis de recherche

Le devis de recherche est le plan ou la voie à suivre pour répondre à une question de recherche. En effet, il s'agit de la méthode à utiliser pour répondre à la question de recherche ou vérifier les hypothèses, le plus efficacement possible (Fortin et Gagnon, 2010). En ce qui a trait aux questions entourant l'évaluation de l'efficacité des traitements, Corbière et Larivière (2014) mentionnent que : « L'essai contrôlé randomisé ou aléatoire constitue, dans le domaine de la santé, l'étape nécessaire afin de déterminer l'efficacité d'un traitement, d'une intervention ou d'un programme ou service. »

Les essais contrôlés randomisés sont parmi les devis des études expérimentales. Ceux-ci consistent à répartir les participants à l'étude aléatoirement, c'est-à-dire entièrement au hasard, en deux groupes ou plus qui recevront ou non le traitement à l'étude, et qui feront partie d'analyses comparant ces groupes (*Ibid.*). Ils permettent de démontrer rigoureusement qu'un traitement est bénéfique pour un individu lorsqu'il est comparé à un groupe ne recevant pas de traitement ou à un autre traitement et ce, peu importe l'individu qui reçoit ce traitement, s'il répond aux critères d'inclusion de celui-ci (*Ibid.*).

1.2 Groupes de comparaison

Tel qu'abordé plus haut, la comparaison à un groupe équivalent est importante dans l'évaluation de l'efficacité d'un traitement. Il est possible de comparer le groupe qui reçoit le traitement à un groupe qui reçoit un autre traitement ou à un groupe qui n'en reçoit pas au même moment (p. ex. : liste d'attente).

Lorsque le groupe qui reçoit le traitement évalué est comparé à un autre traitement, il est important de bien choisir le traitement de comparaison (Corbière et Larivière, 2014). En effet, il est préférable que le traitement de comparaison soit d'une durée similaire au traitement évalué (*Ibid.*). De plus, le choix d'un traitement de comparaison ayant déjà été démontré comme efficace est considéré comme étant plus rigoureux (*Ibid.*).

Il est également possible de déterminer l'efficacité d'un traitement en créant deux groupes égaux et en n'administrant le traitement qu'à un seul de ces groupes (Fortin et Gagnon, 2010). En effet, il est possible d'évaluer l'efficacité d'un traitement en observant ses bienfaits chez le groupe qui reçoit le traitement versus le groupe qui présente les mêmes problématiques au départ, mais qui ne reçoit pas de traitement. Le traitement peut aussi être offert plus tard au groupe de comparaison (Corbière et Larivière, 2014).

1.3 Niveaux de preuve d'efficacité

Les études qui évaluent l'efficacité des traitements ne sont pas toutes réalisées avec la même rigueur et elles ne sont pas toutes de la même qualité. En effet, il arrive que l'utilisation d'un devis expérimental ne soit pas possible. Il est donc important

d'être en mesure de déterminer quels critères ou quelles preuves sont nécessaires pour qu'un traitement soit considéré comme bel et bien efficace. C'est ce que Chambless et Ollendick (2001) ont permis de faire en établissant les niveaux de preuve d'efficacité présentées dans le tableau 2.

Tableau 2
Niveaux de preuve d'efficacité

Niveaux	Preuves d'efficacité
Niveau 1 <i>(Best support)</i>	1. Au moins deux essais randomisés (recherches expérimentales) démontrant l'efficacité de l'intervention <ol style="list-style-type: none"> Supérieur à un effet placebo ou un autre type d'intervention Équivalent à un traitement établi 11. Utilisation d'un manuel de traitement 111. Effets démontrés par deux équipes indépendantes de recherche OU 2. Méta-analyse
Niveau 2 <i>(Good support)</i>	Preuves provenant d'au moins deux recherches qui démontrent que l'intervention est statistiquement supérieure à un groupe contrôle qui ne reçoit pas l'intervention ou à une liste d'attente. OU Preuves provenant d'une étude quasi-expérimentale de bonne qualité avec une spécification détaillée de l'échantillon, l'utilisation d'un manuel de traitement et qui démontre l'efficacité de l'intervention <ol style="list-style-type: none"> Supérieur à un effet placebo ou un autre traitement Équivalent à un traitement établi
Niveau 3 <i>(Moderate Support)</i>	Preuves provenant d'une étude quasi-expérimentale de bonne qualité avec une spécification détaillée de l'échantillon, de l'approche, d'un manuel pédagogique. Les résultats démontrent que l'intervention est: <ol style="list-style-type: none"> Supérieure à un effet placebo ou un autre traitement Équivalente à un traitement établi dans une étude ayant un pouvoir statistique adéquat (minimum 30 personnes /groupe)
Niveau 4 <i>(Minimal Support)</i>	Preuves provenant d'une seule recherche démontrant que l'intervention est statistiquement supérieure à un groupe contrôle sans intervention ou à une liste d'attente.
Niveau 5 <i>(No support)</i>	L'intervention a été évaluée, mais elle ne rencontre pas les exigences des niveaux 1 à 4.

Chambless, D. L., et Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Ainsi, il est possible de constater que les devis expérimentaux sont à prioriser et que pour devenir une pratique probante, il faut plus d'une étude d'efficacité concluante. De plus, la comparaison à un groupe ayant reçu un autre traitement équivalent est préconisée.

1.4 Perte de diagnostic ou amélioration des symptômes

Chambless et Hollon (1998) ont apporté la nuance que la mesure d'efficacité du traitement peut être prise selon la présence ou l'absence du diagnostic de trouble d'anxiété sociale à la fin du traitement ou encore sur la diminution des symptômes. En effet, plusieurs analyses de différentes mesures (outils de mesure, sous-échelles, rapportés par le parent, par le clinicien, par l'enfant lui-même) peuvent être réalisées en évaluation d'efficacité des traitements. Ils affirment donc qu'un traitement jugé comme très efficace ferait en sorte qu'un enfant ou un adolescent perdrait son diagnostic de trouble d'anxiété sociale à la fin du traitement, alors qu'une efficacité moindre serait tout autre changement positif sur les symptômes d'anxiété sociale (*Ibid.*).

1.5 Outil diagnostique standardisé du trouble d'anxiété sociale

1.5.1 Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Version (ADIS-C/P)

L'ADIS-C/P est une entrevue structurée construite pour évaluer les troubles d'anxiété et d'autres problématiques sur l'axe I chez les enfants et les adolescents (Silverman, Saavadra et Pina, 2001). La sous-section du trouble d'anxiété sociale contient des auto-évaluations réalisées par l'enfant ou l'adolescent au cours de l'entrevue sur la sévérité de l'anxiété et l'évitement dans différentes situations sociales, en plus de la version complétée par le parent. Elle présente de bonnes qualités

psychométriques, entre autres elle présente une excellente fidélité test-retest à l'échelle des symptômes (*Ibid.*). Elle présente également une bonne fidélité interjuge avec un échantillon de participants présentant un trouble d'anxiété sociale (Silverman et Eisen, 1992; Silverman et Nelles, 1988; Silverman et Rabian, 1995). Puis, l'ADIS-C/P présente une bonne concordance avec le *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken et Bamios, 2002). Par ailleurs, l'outil présente une échelle d'un à huit afin que les cliniciens puissent évaluer la sévérité du diagnostic posé: *Clinical Global Improvement* (CGI).

1.6 Outils de mesure standardisés du trouble d'anxiété sociale

1.6.1 *Social Phobia and Anxiety Scale for Children (SPAI-C)*

Le SPAI-C (Beidel, Turner et Morris, 1998) est un outil de mesure de l'anxiété sociale. Il est adapté de la version adulte du SPAI. Il est composé de 26 items auto-rapportés, par l'enfant lui-même ou son parent (Tulbure, Szentagotai, Dobrean et David, 2012). Il évalue les symptômes cognitifs et comportementaux de la phobie sociale. Il permet de dépister le diagnostic du trouble d'anxiété sociale et il est utile pour mesurer l'efficacité des traitements (Antony, 1997). Dans leur recension critique des outils probants d'évaluation de l'anxiété sociale chez les enfants, Tulbure *et al.* (2012) rapportent que l'efficacité de cet outil a été démontrée à plusieurs reprises et ils recommandent fortement ce dernier.

1.6.2 *Social Anxiety Scale for Children–Revised (SASC-R), Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) et Social Anxiety Scale for Adolescents: Parent Version (SAS-AP)*

Le SASC-R (La Greca et Stone, 1993) a été conçu pour mesurer l'expérience subjective d'une situation socialement anxiogène impliquant le contact avec les pairs.

Cet outil a été démontré comme efficace pour le dépistage de l'anxiété sociale par deux études indépendantes, l'une aux États-Unis et l'autre en Norvège (Ginsburg, La Greca et Silverman, 1998; Kristensen et Torgensen, 2006). Le SAS-A (La Greca et Lopez, 1998) est la version modifiée pour adolescents du SASC-R. La recension critique des outils probants d'évaluation de l'anxiété sociale chez les enfants de Tulbure *et al.* (2012) démontre que l'efficacité de ces outils a été démontrée et ils les recommandent fortement tous les deux. Le SAS-AP (La Greca et Lopez, 1998) est identique au SAS-A au niveau du contenu et de la structure, mais il est complété par le parent.

1.6.3 Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)

Le LSAS-CA (Masia-Warner, Storch, Pincus, Klein, Heimberg et Liebowitz, 2003) a été adapté de la version adulte. Les mesures sont évaluées par le clinicien en ce qui a trait à l'anxiété et à l'évitement. Peu d'études ont évalué l'efficacité de cet outil, mais jusqu'à présent, les résultats le comparant avec le SPAI démontrent une bonne corrélation (Masia-Warner *et al.*, 2003; Storch, Masia-Warner, Heidgerken, Fisher, Pincuse et Liebowitz, 2006). Dans leur recension critique des outils probants d'évaluation de l'anxiété sociale chez les enfants, Tulbure *et al.* (2012) recommandent grandement cet outil.

1.6.4 Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)

Le RCMAS (Reynolds et Richmond, 1979) est un outil de mesure du niveau et de l'origine de l'anxiété et il présente quatre sous-échelles, dont une sous-échelle pour l'anxiété sociale. Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté par l'enfant et composé de 49 questions dichotomiques (oui/non). La validité et la fidélité de cet outil de mesure ont été démontrées par plusieurs auteurs, dont Reynolds (1982), Lee, Piersel, Friedlander et Collamer (1988) et Varela et Biggs (2006).

1.6.5 Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised (SCARED-R)

Le SCARED-R (Birmaher, Khetarpal, Cully, Brent et McKenzie, 1995) est un outil de dépistage des troubles anxieux, dont le trouble d'anxiété sociale, auto-rapporté par l'enfant et le parent. Il est composé de 41 questions à choix de réponses. Les bonnes qualités psychométriques ont été démontrées par Birmaher, Brent, Chiappetta, Bridge, Monga et Baugher (1999) et par Muris, Merckelbach, Van Brakel et Mayer (1999).

1.6.6 Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS)

Le PARS (*Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group*, 2002) est un outil rapporté par le clinicien, qui sert à évaluer la sévérité des symptômes d'anxiété, dont l'anxiété sociale. La validité de l'outil a été démontrée, de même qu'une bonne fidélité inter-juge, une fidélité test-retest adéquate ainsi qu'une bonne cohérence interne (*Ibid.*).

1.6.7 Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)

Le MASC (March, Parker, Sullivan, Stallings et Conners, 1997) est un outil de mesure des symptômes d'anxiété, dont l'anxiété sociale à l'aide d'une sous-échelle y étant dédiée. Il évalue, à l'aide de 50 items rapportés par l'enfant et par un de ses parents, la présence de symptômes liés à un trouble d'anxiété. Il a démontré une excellente fidélité interne et la fidélité test-retest a été de satisfaisante à excellente (Rynn, Barber, Khalid-Khan, Siqueland, Dembiski, McCarthy *et al.*, 2006; March *et al.*, 1997; Thor Olason, Sighvatsson et Smari, 2004).

1.6.8 Social Phobic Disorders Severity and Change Form (SPDSCF)

Le SPDSCF (Liebowitz, Schneier, Campeas, Hollander, Hatterer, Fyer *et al.*, 1992) est un outil de mesure de la sévérité et des changements spécifiques des symptômes du trouble d'anxiété sociale. L'échelle de sévérité varie d'un (normale) à sept (très sévère) et les changements sont d'un (amélioration) à sept (détérioration). Le clinicien note sur l'échelle selon les réponses de l'enfant et de ses parents.

1.6.9 Social Thoughts and Beliefs Scales (STABS)

Le STABS (Turner, Johnson, Beidel, Heiser et Lydiard, 2003) est un outil d'évaluation des cognitions d'une personne présentant un trouble d'anxiété sociale. Il est composé de 21 items et est un questionnaire auto-rapporté. Il a démontré une bonne cohérence interne ainsi qu'une bonne fidélité test-retest (Fergus, Valentiner, Kim et Stephenson, 2009; Turner *et al.*, 2003).

1.6.10 Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

Le SCAS (Spence, 1998) est une mesure des symptômes d'anxiété auto-rapportée par l'enfant. L'enfant doit évaluer sur une échelle la fréquence à laquelle il vit chaque symptôme d'anxiété. Les enfants ayant un trouble d'anxiété sociale ont eu des résultats plus élevés à la sous-échelle d'anxiété de l'outil qu'un échantillon d'enfant non anxieux. L'outil a démontré une cohérence interne acceptable, avec un coefficient alpha de 0,70 pour la sous-échelle d'anxiété sociale (Spence, 1998).

TROISIÈME CHAPITRE MÉTA RECENSION

1. EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE TCC CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

Chez les adultes qui présentent un trouble d'anxiété sociale, l'efficacité de la TCC a été démontrée à plusieurs reprises et a fait l'objet de plusieurs méta-analyses et recensions (Fedoroff et Taylor, 2001; Feske et Chambless, 1995; Heimberg, 2002 ; Mayo-Wilson, Dias, Mavranetzouli, Kew, Clark, Ades *et al.*, 2014). Chez les enfants, l'étude de Kerns, Read, Klugmanet et Kendall (2013) ayant observé les effets de la TCC à long terme démontre qu'elle est efficace auprès des jeunes ayant un trouble anxieux, mais les résultats semblent moins marqués pour ceux qui présentent un trouble d'anxiété sociale. Il importe donc de s'interroger au sujet de l'efficacité des programmes de TCC destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale.

2. RECENSION DES RECENSIONS

Une première recherche dans les bases de données a dévoilé la présence d'un certain nombre de recensions des écrits et il s'avère incontournable d'en tenir compte avant d'amorcer une recension des écrits systématique. Ainsi, des mots-clés comme (*efficacien* OR outcom* OR effective* OR efficacy OR result*) AND (treatment* OR therap* OR program* OR activit* OR intervent*) AND (kid* OR child* OR youth OR adolescent*) AND ("social anxiety" OR "social phobia") AND (behav* OR cognitiv*) AND (review OR meta-analys* OR systematic review*)*) ont été utilisés afin d'identifier les recensions des écrits existantes dans les banques de données suivantes:

PsycINFO, MEDLINE, FRANCIS, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, SocINDEX, ERIC, CINAHL Plus, PsycARTICLES et *Social Work Abstracts*.

3. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Pour être retenues, les recensions devaient porter sur les programmes de TCC efficaces pour les jeunes âgés de 0-18 ans présentant un trouble d'anxiété sociale et être rédigées en français ou en anglais.

Sur un total de 196 recensions répertoriées, huit ont été retenues dans la présente méta-recension (Beidel *et al.*, 2001; Kim, Parr et Alfano, 2011; King, Murphy et Heyne, 1997; Peake Britton, 2006; Scharfstein et Beidel, 2011; Segool et Carlson, 2008; Velting et Albano, 2001; Zaider et Heimberg, 2003). De plus, les bibliographies des recensions retenues ont été examinées afin de trouver davantage de recensions pertinentes et trois études ont donc été ajoutées de cette façon (Chavira et Stein, 2005; Hitchcock *et al.*, 2009; Khalid-Khan, Snatibanez, McMiker et Rynn, 2007) portant le nombre total à onze. Puis, lors de la sélection des études du présent mémoire, à la suite du contact des auteurs, une méta-analyse a été envoyée par l'un d'eux (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2013).

Au total, 12 recensions ont été retenues et synthétisées dans des tableaux (Voir Annexe A) : trois méta-analyses (Peake Britton, 2006; *National Institute for Health and Care Excellence*, 2013; Segool et Carlson, 2008), sept recensions des écrits (Chavira et Stein, 2005; Hitchcock *et al.*, 2009; Khalid-Khan *et al.*, 2007; King *et al.*, 1997; Scharfstein et Beidel, 2011; Velting et Albano, 2001; Zaider et Heimberg, 2003) et deux chapitres de livre (Beidel *et al.*, 2001; Kim *et al.*, 2011). La présente section

brosse un portrait des recensions retenues et de leur méthodologie de recherche (Voir Annexes A et B).

4. ÉTAT DES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DES MÉTA-ANALYSES PORTANT SUR L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE TCC DESTINÉS AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

Trois méta-analyses ont tenté de déterminer l'efficacité des programmes de TCC destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale en combinant les résultats de 7 à 22 études primaires indépendantes. Plus précisément, la méta-analyse de Peake Britton (2006) évalue l'efficacité des programmes de TCC qui utilisent une modalité de groupe et qui sont destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale. Les sept études utilisées proviennent des États-Unis, de l'Australie et de l'Allemagne et répondent à des critères d'inclusion et d'exclusion dont, entre autres, l'utilisation d'un devis randomisé et le nombre suffisant de données pour leurs analyses statistiques. Les échantillons des études utilisées sont composés de 11 à 68 participants âgés de 7 à 17 ans, pour un nombre total de 392 participants. De leur côté, Segool et Carlson (2008) ont comparé l'efficacité de la TCC de groupe et individuel, avec ou sans implication parentale, à celle des traitements pharmacologiques destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale. Les sept études ayant évalué un programme de TCC proposent un échantillon total de 84 participants ayant un trouble d'anxiété sociale. Ces études sélectionnées répondaient à des critères d'inclusion et d'exclusion, dont la révision par les pairs et une quantité suffisante de données pour calculer la taille de l'effet. De plus, les études devaient porter autant sur les traitements cognitifs que comportementaux, en ce sens qu'elles étaient exclues si elles portaient seulement sur les traitements comportementaux ou cognitifs. Finalement, les études sélectionnées n'ont pas été exclues sur la base du devis de recherche. La méta-analyse du *National Institute for Health and Care Excellence* (2013) a recensé 22 études ayant un devis expérimental.

Ces études sont composées d'échantillons de 15 à 322 enfants et adolescents âgés entre 5 et 21 ans. Le groupe de rédaction s'est intéressé à tous les traitements (TCC, pharmacologiques et tout autre traitement possible). Il a décidé que lorsque les données n'étaient pas suffisantes dans les études sur les enfants et les adolescents, il procédait à des extrapolations à partir d'études réalisées auprès des adultes. De plus, cette méta-analyse inclut des études portant sur le programme du *Social effectiveness therapy for children and adolescents* (SET-C; Beidel *et al.*, 2003) qui ne présentent pas des composantes de traitement cognitives et comportementales, mais seulement comportementales.

La méta-analyse réalisée par Peake Britton (2006) date de huit ans, celle de Segool et Carlson (2008) date de dix ans et celle du *National Institute for Health and Care Excellence* (2013) date de cinq ans. En revanche, la présente recension inclura davantage d'études, car plusieurs ont été réalisées depuis ce temps afin d'actualiser les informations présentées dans ces méta-analyses.

Considérant qu'une méta-analyse a un niveau d'analyse statistique supérieur à la recension systématique des écrits, il est important de mentionner que celles réalisées par Segool et Carlson (2008), par Peake Britton (2006) et par le *National Institute for Health and Care Excellence* (2013) comportent des limites importantes. D'abord, afin de pouvoir réaliser une méta-analyse, les auteurs doivent s'assurer qu'ils possèdent toutes les données nécessaires à la réalisation de leurs analyses. Par exemple, il est nécessaire de posséder beaucoup d'informations sur les échantillons et sur les données brutes qui ne sont pas toujours présentées dans les articles. Pour ce faire, ils doivent parfois contacter les auteurs des études pertinentes. Cette procédure est plus difficile et, dans certains cas, il s'avère impossible d'accéder aux données nécessaires à la réalisation des analyses statistiques. Ainsi, il devient difficile d'inclure toutes les études pertinentes dans la méta-analyse, diminuant la représentation de toutes les études réalisées. De plus, une liste des exclusions n'est pas présentée.

C'est en effet ce qu'expriment les auteurs dans les limites de leur étude. Par exemple, Segool et Carlson (2008) ont passé de 35 études qui auraient été pertinentes à 14 études incluses dans la méta-analyse (sept pour les traitements cognitivo-comportementaux et sept pour les traitements pharmacologiques) avec des échantillons de 4 à 17 enfants et adolescents pour un échantillon total de 84 enfants et adolescents dans l'analyse de la TCC. Celle du *National Institute for Health and Care Excellence* (2013) a recensé 23 études et en a conservé 22 pour ses analyses.

Tel que mentionné plus haut, afin de réaliser une méta-analyse, il faut avoir accès aux données brutes des études recensées. Dans la plupart des cas, les données ne sont pas disponibles. Cela explique donc que l'échantillon des études recensées dans une méta-analyse est limité et, par le fait même, peu représentatif de l'ensemble des études réalisées sur le sujet. Dans la présente recension systématique, l'indice de signification est ce qui est nécessaire. Il ne faut donc pas nécessairement avoir accès aux données brutes, sauf s'il n'y a pas d'indice de signification présentée dans le texte. Cela implique donc que l'échantillon du présent mémoire est davantage représentatif des études réalisées sur l'efficacité des programmes de TCC destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale.

5. ÉTAT DES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DES RECENSIONS ET CHAPITRES DE LIVRES EXISTANTS PORTANT SUR L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE TCC DESTINÉS AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

Deux chapitres de livres ont été retenus. Celui de Kim *et al.* (2011) porte sur les programmes de TCC efficaces destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale. Celui rédigé par Beidel *et al.* (2001) porte sur les différents types de traitements (pharmacologiques, cognitivo-comportementaux et combinés) destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale. Toutefois, une section spécifique sur les programmes de TCC efficaces destinés à ces derniers est présentée. La méthode de recension utilisée par les auteurs de ces deux chapitres de livre n'est pas systématique et très peu abordée.

Sept recensions des écrits présentent des résultats d'études d'efficacité des programmes de TCC destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale. Seulement deux d'entre elles précisent leurs critères d'inclusion et d'exclusion (Scharfstein et Beidel, 2011; Zaider et Heimberg, 2003). Entre autres, Scharfstein et Beidel (2011) nomment que pour faire partie de leur recension, les études devaient avoir un devis expérimental et Zaider et Heimberg (2003) nomment que les études étaient exclues si elles n'avaient pas de lien avec le sujet ou si elles étaient en redondance avec des études plus récentes. De plus, seulement quatre recensions donnent des informations sur le nombre d'études recensées, lesquelles varient de 6 à 80 (Chavira et Stein, 2005; Khalid-Khan *et al.*, 2007; Scharfstein et Beidel, 2011; Zaider et Heimberg, 2003). Quelques auteurs ont fait des recensions plus générales des écrits au sujet de l'anxiété sociale en incluant une section plus précise sur les traitements efficaces pour les enfants et les adolescents présentant cette problématique (Chavira et Stein, 2005; Hitchcock *et al.*, 2009; Khalid-Khan *et al.*, 2007; Velting et Albano, 2001). Hitchcock *et al.* (2009) et Zaider et Heimberg (2003) ont, quant à eux,

fait une recension sur tous les types de traitements efficaces auprès des enfants et des adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale qui inclue une section spécifique pour la TCC. Zaidar et Heimberg (2003) ont également inclus des études sur les traitements non-pharmacologiques, dont la TCC, destinés aux adultes ou aux enfants, en précisant toutefois lesquels sont efficaces pour chacune de ces deux clientèles.

En plus des lacunes mentionnées plus haut, les recensions et les chapitres de livre datent tous d'au moins huit ans (2003-2010), laissant place à l'intégration d'articles plus récents dans la présente recension systématique.

Les résultats présentés dans les recensions portent sur l'efficacité de la TCC auprès d'échantillons d'enfants et d'adolescents ayant des diagnostics mixtes (trouble d'anxiété généralisée, trouble d'anxiété de séparation, trouble d'anxiété sociale, phobie spécifique, etc.) ou ayant spécifiquement un trouble d'anxiété sociale. Cette méthode n'est pas adéquate pour répondre à la question de recension. En effet, puisque les auteurs ont travaillé de cette façon, le portrait obtenu ne témoigne pas spécifiquement de l'efficacité des traitements pour les enfants et les adolescents qui présentent un trouble d'anxiété sociale.

À ce sujet, Scharfstein et Beidel (2011) mentionnent dans leurs recommandations que des études d'efficacité devraient être réalisées sur des échantillons composés d'enfants et d'adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale seulement. À ce jour, plusieurs études ont été réalisées sur des échantillons composés uniquement d'enfants et d'adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale (Alfano, Pina, Villalta, Beidel, Ammerman et Crosby, 2009; Hayward, Varady, Albano, Thienemann, Henderson et Schatzberg, 2000; Kerns *et al.*, 2013; Spence, Donovan et Brechman-Toussaint, 2000). Aucune recension n'a toutefois couvert ces études de façon spécifique. Ainsi, la présente recension systématique des écrits n'inclura que des résultats pour le trouble d'anxiété sociale.

D'abord, les auteurs des recensions et chapitres de livre ne font pas tous part de l'utilisation d'une méthode rigoureuse et reproductible. Ainsi, ces études peuvent présenter des erreurs quant à la transparence et à la fiabilité de leur méthode de recension. En effet, bien que les recensions arrivent à des conclusions similaires, le manque d'information ne permet pas de juger de la rigueur avec laquelle elles ont été exécutées. Il devient également difficile de vérifier la qualité des études recensées. Entre autres, Beidel *et al.* (2001), Chavira et Stein (2005), Hitchcock *et al.* (2009), Khalid-Khan *et al.* (2007), Kim *et al.* (2011), King *et al.* (1997) et Velting et Albano (2001) ne présentent pas les mots-clés qu'ils ont utilisés, les banques de données employées et les critères d'inclusion et d'exclusion des études sélectionnées. Dans ce genre de recensions, les critères d'inclusion et d'exclusion doivent être très précis pour permettre la transparence de la méthode de recherche (Petticrew et Roberts, 2006). La recension systématique utilise quant à elle un protocole de recherche précis assurant la rigueur et la méthode systématique et reproductible de la recension systématique des écrits, assurant ainsi de pallier cette limite.

Afin de mettre à jour et de consolider toutes les dernières informations à ce sujet, il importe d'utiliser une méthode de recension systématique qui est inclusive, transparente et rigoureuse.

Le présent mémoire a pour but de répondre aux trois questions de recherche suivantes :

1. La TCC est-elle efficace pour traiter les enfants ou les adolescents qui présentent un diagnostic de trouble d'anxiété sociale ? (TCC comparée à aucun traitement : liste d'attente);

2. La TCC est-elle plus efficace que les autres types d'interventions disponibles pour traiter cette clientèle ? (TCC comparée à un autre traitement : groupe de comparaison (médication, relaxation, etc.));
3. Est-ce qu'une modalité de TCC est plus efficace que les autres pour traiter cette clientèle (familiale, groupe, individuelle, scolaire, etc.)?

QUATRIÈME CHAPITRE MÉTHODE

Cette recension systématique des écrits s'appuie sur la méthode proposée par le *Center for Reviews and Dissemination* (2008), dont l'utilisation est citée parmi les pratiques exemplaires en raison de son caractère systématique, transparent et reproductible (Tacconelli, 2010). Cette méthode exige l'application de normes rigoureuses selon une démarche en six étapes a) identification des études, b) sélection des études, c) évaluation de la qualité des études sélectionnées, d) extraction des données, e) synthèse des résultats et f) transfert des connaissances. Les quatre premières étapes et la dernière seront présentées dans la présente section, puis la synthèse des résultats fera l'objet du Chapitre 5 : Résultats.

1. IDENTIFICATION DES ÉTUDES

L'étape d'identification des études pertinentes à la réalisation du présent mémoire a été amorcée en septembre 2014. Pour ce faire, l'auteure a consulté différentes banques de données informatisées en psychologie (PsycINFO, PsycARTICLES, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, PsycCRITIQUES, PsycEXTRA), en santé (MEDLINE *with Full Text*, CINAHL) et en sciences humaines (ERIC, FRANCIS, *Social Work Abstracts*, SocINDEX) à l'aide d'une phrase de recherche contenant des mots-clés et des opérateurs booléens référant à l'efficacité des traitements cognitivo-comportementaux destinés aux enfants et/ou aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale. À la suite de la consultation d'une archiviste du service des bibliothèques et archives de l'Université de Sherbrooke, la phrase de recherche suivante a été utilisée : (*efficien* OR outcom* OR effective* OR efficacy OR result**) AND (*treatment* OR therap* OR program* OR activit* OR intervent**) AND

(behav OR cognitiv*) AND (kid* OR child* OR youth OR adolescent*) AND ("social anxiety" OR "social phobia")*). De plus, ces mots-clés ont été utilisés dans la banque de littérature grise OAISTER afin de trouver des études, des rapports, des chapitres de livre ou des résumés de conférence présentant des données empiriques sur le sujet. Les bibliographies des recensions existantes, recensées dans le chapitre 3, sur le sujet ont également été examinées afin de trouver des études supplémentaires.

Cette étape a permis d'identifier un total de 1829 études, une fois les doublons retirés, publiées entre 1977 et 2014. Ces études ont toutes été importées dans l'outil de gestion de références Refworks (RefWorks-COS et ProQuest, 2001).

2. SÉLECTION DES ÉTUDES

L'étape de sélection des études s'est déroulée en deux phases. Dans une première phase, les titres et les résumés des 1829 études identifiées précédemment ont été lus par l'auteure et sa directrice de recherche. De manière indépendante, ces dernières ont évalué si les informations divulguées dans les titres et résumés de chacune des études identifiées rencontraient ou non les sept critères d'inclusion figurant au tableau 3.

Tableau 3
Critères d'inclusion et d'exclusion

Question 1	Question 2	Question 3
1) Évaluer l'efficacité d'un traitement en comparaison à un groupe ne recevant pas de traitement au moyen d'un devis expérimental;	1) Évaluer l'efficacité d'un traitement par rapport à un groupe recevant un autre traitement au moyen d'un devis expérimental;	1) Évaluer l'efficacité d'une modalité de traitement par rapport à une autre au moyen d'un devis expérimental;
2) Être une étude primaire; 3) Être rédigée en français ou en anglais; 4) Comprendre des participants âgés de 18 ans et moins au moment de leur participation au traitement; 5) Porter sur un traitement cognitivo-comportemental; 6) Présenter des résultats ou des données brutes qui permettent de statuer sur l'efficacité de la TCC auprès spécifiquement de participants qui présentent un diagnostic primaire ou principal de trouble d'anxiété sociale évalué à l'aide d'un outil standardisé au début du traitement; 7) Les résultats ou données brutes fournis dans l'étude doivent renseigner sur la disparition du diagnostic ou la diminution des symptômes.		

Dès que le titre ou le résumé d'une étude divulguait des informations allant clairement à l'encontre de l'un ou l'autre de ces critères d'inclusion, cette dernière était exclue. À l'inverse, une étude était retenue lorsque les informations divulguées dans le titre ou le résumé permettaient de rencontrer tous les critères ou lorsque ces informations ne permettaient pas de l'exclure hors de tout doute. Un total de 217 études ont été retenues suite à cette première phase de sélection. L'ensemble des désaccords

ont été réglés par consensus à la suite d'une discussion entre l'auteure et sa directrice de recherche.

Dans une seconde phase, l'auteure a réalisé une lecture complète des 217 études retenues à la suite de la première phase pour statuer de manière indépendante sur leur inclusion définitive dans l'échantillon de cette recension systématique. La directrice de recherche a évalué une portion du travail de l'auteure, soit 100% des études identifiées par les bases de données et un coefficient Kappa de Cohen s'élevant à 0,82 en a résulté (Voir Annexe C) (Kenny, Kashy et Cook, 2006). Cet accord entre les deux auteures est jugé comme excellent selon Landis et Koch (1977). Des 217 études retenues lors de la première phase, 12 études ont été sélectionnées à la suite de la deuxième phase.

Un message courriel a été acheminé aux auteurs identifiés comme incontournables dans le domaine par l'auteure (auteurs qui étaient souvent présents dans la liste des auteurs des études sélectionnées, qui avaient été cités dans les recensions précédemment recensées ou qui étaient à l'origine d'un programme de TCC ou d'un outil de mesure pour les enfants présentant un trouble d'anxiété sociale) et à ceux dont l'étude était retenue après la deuxième phase de sélection, leur demandant d'envoyer toute étude (publiée ou non) en lien avec le présent projet de recherche. Un total de 76 études a été reçu, puis lu, afin de déterminer si les études répondaient aux critères d'inclusion du présent mémoire.

De plus, les bibliographies des études sélectionnées ont été vérifiées par l'auteure afin d'identifier des études pertinentes. Un total de 14 études a été recensé de cette façon. Finalement, quatre périodiques ont été identifiés (les quatre périodiques ayant publié la majorité des études sélectionnées par les bases de données) : *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *Child and Adolescent Psychiatry*, *Journal of*

Child Psychology et *Journal of Anxiety Disorders*. Les tables des matières des trois dernières parutions de ces périodiques ont été scrutées afin d'identifier des études supplémentaires. De toutes ces méthodes, 96 études ont été identifiées, mais aucune n'a été ajoutée par ces stratégies aux 12 études des bases de données, car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion. La directrice de recherche a été consultée pour quelques études, lorsque l'auteure doutait du respect d'un des critères d'inclusion.

Des 1829 références identifiées au départ, 12 références ont été incluses dans cette recension (ces références sont marquées d'un astérisque dans la bibliographie), soit 12 articles scientifiques portant sur l'efficacité des programmes de TCC destinés aux enfants ou aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale. Un résumé de la démarche de sélection des études est présenté à la figure 1.

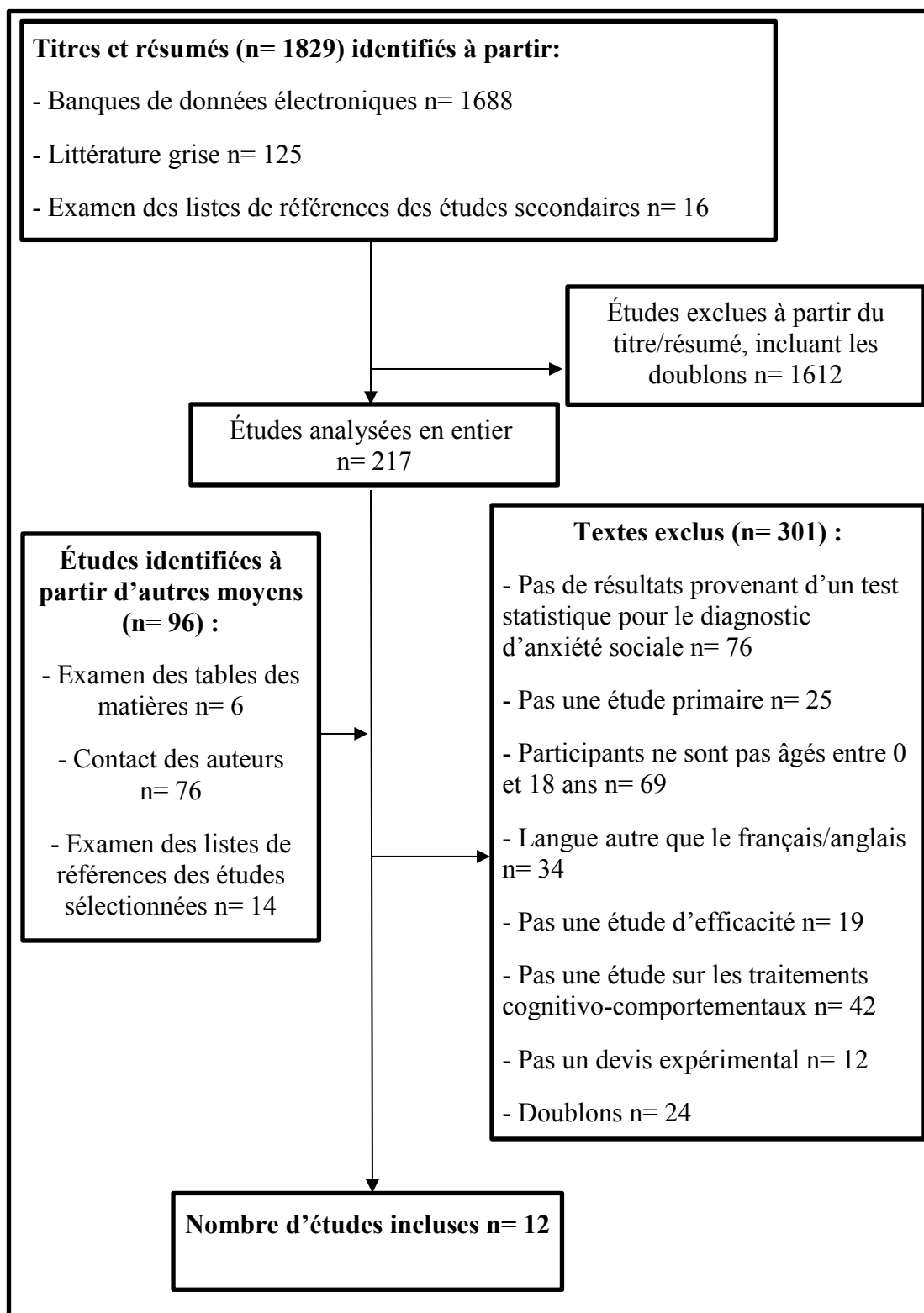


Figure 1: Synthèse des études identifiées et sélectionnées

3. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES

Pour réaliser l'évaluation de la qualité des études, le *Center for Reviews and Dissemination* (2008) ne recommande pas l'utilisation d'une grille d'évaluation préconçue mais il recommande plutôt d'adapter ou de créer la grille selon les besoins du type de recension systématique réalisée. Ainsi, après la consultation des lignes directrices du *Center for Reviews and Dissemination* (2008) et de la version 5.1.0 du *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Higgins et Green, 2011), les risques de biais à évaluer ont été sélectionnés par l'auteure principale, puis validés au moyen d'un examen de recensions systématiques portant sur des sujets similaires (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2013; Vasa, Carroll, Nozzolillo, Mahajan, Mazurek, Bennett *et al.*, 2014; Wright, Brand, Dunn et Spindler, 2007) (Voir Annexe D). Les risques de biais à identifier et les critères décisifs sont donc basés sur la littérature scientifique et les recommandations d'Higgins et Green (2011) et du *Center for Reviews and Dissemination* (2008) pour les études expérimentales.

Chaque étude sélectionnée a été évaluée à l'aide de sept risques de biais méthodologiques (distribution aléatoire, attribution aléatoire, participation à l'aveugle, évaluation à l'aveugle, attrition, sélection des résultats rapportés et déséquilibres de base) par l'auteure. Pour chacun, un jugement devait être posé quant à la nature faible ou élevée du risque, selon les critères décisifs établis. Lorsque qu'il manquait d'informations dans l'étude pour statuer d'un risque faible ou élevé, la case de risque incertain était cochée.

3.1 Génération d'une séquence aléatoire

Le premier risque de biais consiste à s'assurer que la séquence selon laquelle les participants sont assignés aux groupes est parfaitement aléatoire, c'est-à-dire que cette séquence est générée au moyen d'une méthode qui en assure le caractère imprévisible. Par exemple, pour assigner des participants à un groupe, un chercheur peut utiliser un logiciel informatique pour générer une liste aléatoire. Pour ce type de biais un haut risque était noté lorsque le moyen ou la méthode mentionné dans le texte n'était pas aléatoire, c'est-à-dire pas totalement lié au hasard (p. ex: dates de naissance, jour de la semaine, jour d'admission, numéro d'hôpital, jugement du clinicien, référence du participant, disponibilité du traitement, etc.). En revanche, un faible risque était coché lorsque le moyen ou la méthode mentionné pour générer la séquence était aléatoire (p. ex: nombres générés par ordinateur, liste aléatoire attribuée par un ordinateur, ratio 2:2:1 généré par ordinateur, cartes ou enveloppes mélangées, lancement de dés, etc.). Tel qu'il est possible de le constater dans la figure 2, trois études ont présenté un risque faible de biais et neuf un risque incertain.

3.2 Attribution aléatoire

Le second risque de biais consiste à appliquer la séquence générée fidèlement et à l'aveugle, c'est-à-dire de s'assurer que ni le chercheur ni la personne qui assigne les participants aux groupes ne connaissent l'identité des participants dans un groupe. Par exemple, un chercheur pourrait être tenté d'envoyer le cas le plus critique dans un traitement plutôt qu'un autre. Pour l'évaluation de ce critère, le haut risque de biais était coché lorsque l'attribution n'était pas réalisée fidèlement à la séquence aléatoire générée. C'est-à-dire que les informations révélées dans l'étude permettaient à l'auteur de juger que la personne qui assignait les participants aux groupes pouvait avoir connaissance du traitement auquel un participant était attribué (p. ex: liste des numéros randomisés à laquelle le chercheur avait accès, enveloppes non-scellées, etc.).

Le faible risque de biais était coché lorsque l'application de la séquence de distribution était à l'aveugle. En d'autres mots, des mesures avaient été prises pour éviter que la personne responsable d'assigner les participants aux groupes connaisse à quel groupe un participant était assigné (p. ex: utilisation d'enveloppes opaques pour l'assignation au traitement, *central allocation*: téléphone ou internet, etc.). Tel qu'il est possible de le constater dans la figure 2, deux études ont présenté un risque faible de biais et dix un risque incertain.

3.3 Participation à l'aveugle

Le troisième risque de biais consiste à s'assurer que personne ne connaisse la condition à laquelle un groupe est soumis. Dans le cas d'une étude pharmaceutique par exemple, une telle précaution implique de s'assurer que les cachets remis aux deux groupes de participants (le placebo et le réel) sont identiques afin que les participants ou les intervenants ne soient en mesure de savoir dans quel groupe ils sont. Toutefois, Higgins et Green (2011) mentionnent qu'il est très difficile dans des études où la participation au traitement demande plus d'implication de la part des participants et des intervenants de garder secret l'assignement à un groupe, en raison de la nature du traitement qui est donné. Par exemple, un participant qui doit se rendre à un centre de thérapie de groupe versus un participant qui reçoit une thérapie individuelle saura rapidement dans quel groupe il est et il en est de même pour les intervenants. Cette constatation a d'ailleurs été confirmée par le *National Institute for Health and Care Excellence* (2013) qui a comparé tous les traitements confondus pour les enfants et les adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale. En effet, toutes les études portant sur des traitements psychologiques ont été évaluées à haut risque de biais. Ainsi, l'auteure a coché un risque élevé de biais lorsqu'un biais lié à l'absence de participation à l'aveugle pour les participants ou les intervenants ou les évaluateurs était observable. Elle a coché faible risque de biais lorsqu'aucun biais lié au manque de participation à l'aveugle pour les participants ou les intervenants était observable. Tel qu'il est

possible de le constater dans la figure 2, toutes les études ont présenté un risque élevé ou incertain de biais.

3.4 Évaluation à l'aveugle

Le quatrième risque de biais ayant été évalué est celui de l'évaluation à l'aveugle. Il concerne la personne qui administre les outils de mesure aux participants. Pour éviter un biais, il est préférable que la personne qui administre les mesures ne connaisse pas le groupe auquel le participant est attribué. Ainsi, l'auteure a coché un risque élevé de biais lorsqu'il était mentionné que l'évaluateur connaissait les groupes auxquels les participants étaient attribués. Elle a coché faible risque de biais lorsqu'il était mentionné que l'évaluateur ne connaissait pas les groupes auxquels les participants étaient attribués. Tel qu'il est possible de le constater dans la figure 2, huit études ont présenté un risque faible de biais, trois études un risque élevé et une étude un risque incertain de biais.

3.5 Attrition des participants

Le cinquième risque de biais concerne le nombre de participants ayant abandonné le traitement ou l'étude avant la fin des évaluations ou du traitement lui-même. À ce propos, les lignes directrices d'Higgins et Green (2011) suggèrent un taux maximum d'attrition de 20 % du premier temps au deuxième temps de mesure. Ainsi, lorsque plus de 20 % des participants avaient abandonné l'étude, que les raisons d'abandon étaient différentes d'un groupe à l'autre et que rien n'était fait pour pallier ce haut taux d'attrition, l'auteure a coché un risque élevé de biais à l'étude. En effet, il existe des méthodes pour pallier une petite perte de participants. Deux de ces méthodes sont rapportées par Higgins et Green (2011) et le *Center for Reviews and Dissemination* (2008): l'*Intent-to-treat analysis* (générer des données à l'aide d'un

ordinateur pour les données manquantes des participants ayant abandonné) et le *Last observation carried forward* (Répéter la dernière mesure du participant ayant abandonné pour ses données manquantes). Lorsque moins de 20 % des participants avaient abandonné l'étude ou que plus de 20 % avaient abandonné l'étude, mais qu'un des moyens présentés plus haut avait été utilisé pour pallier ce haut taux d'attrition, le faible risque de biais était coché. Tel qu'il est possible de le constater dans la figure 2, dix études ont présenté un risque faible de biais et deux études un risque incertain.

3.6 Sélection des résultats rapportés

Le sixième risque de biais consiste à s'assurer que les résultats permettent de répondre à chacun des objectifs annoncés. Par exemple, un auteur pourrait éviter de rapporter un résultat contradictoire aux autres afin de pouvoir tirer les conclusions qu'il souhaite. Ainsi, la case du haut risque de biais était cochée par l'auteure lorsque les objectifs primaires n'étaient pas annoncés ou que les résultats rapportés ne répondaient pas à ces objectifs. Le faible risque de biais était coché lorsque les objectifs primaires étaient annoncés et que les résultats rapportés répondaient à tous ces objectifs. Tel qu'il est possible de le constater dans la figure 2, 11 études ont présenté un risque faible de biais et une un risque incertain.

3.7 Déséquilibres de base

Le septième risque de biais consiste à s'assurer que les participants des groupes comparés présentent des caractéristiques équivalentes au pré-test afin d'éviter que les résultats soient influencés par leurs différences et que cela affecte la validité externe de l'étude. Par exemple, il consiste à s'assurer que les cas les plus sévères ne sont pas tous dans le même groupe. Ainsi, le haut risque de biais était coché lorsque les groupes de participant comparés ne se ressemblaient pas (présence de différences significatives)

au prétraitement (présence et intensité de symptômes, sexe, âge, ethnie, etc.) ou si aucune analyse n'avait été réalisée afin de vérifier ce risque de biais. Puis, le faible risque de biais était coché lorsque les groupes présentaient une absence de différence significative au prétraitement (symptômes et intensité, sexe, âge, ethnie, etc.). Tel qu'il est possible de le constater dans la figure 2, huit études ont présenté un risque faible de biais, trois haut et une, un risque incertain.

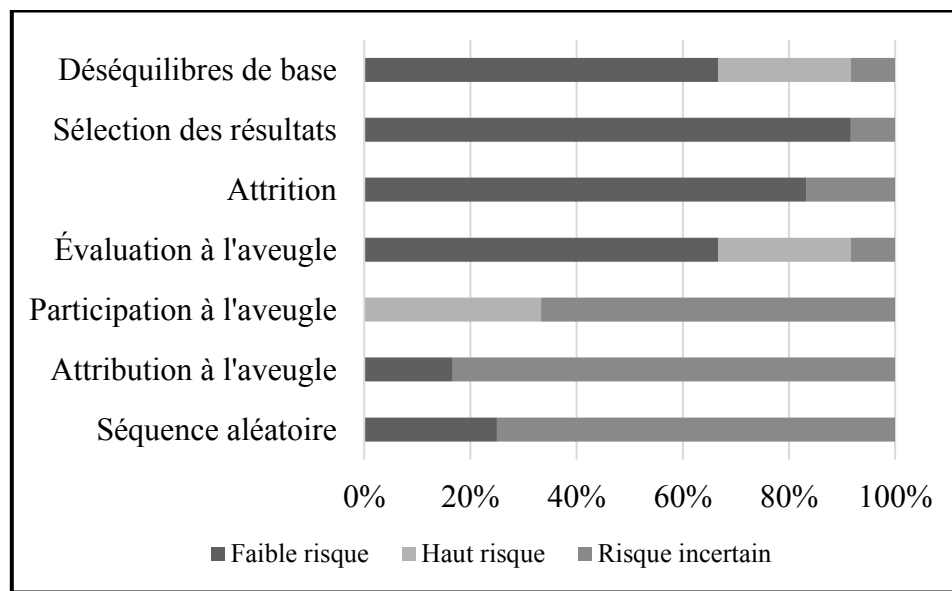


Figure 2: Résumé des risques de biais évalués lors de l'évaluation de la qualité des 12 études sélectionnées

4. EXTRACTION DES DONNÉES

L'extraction des données s'est réalisée à l'aide d'une grille inspirée par la littérature scientifique et les recommandations du *Center for Reviews and Dissemination* (2008) (Voir Annexe E). Elle a été testée par l'auteure et la directrice de recherche. Une fois la grille d'extraction jugée complète et rodée, l'auteure a extrait l'information requise de chacune des études sélectionnées à l'étape précédente. Des informations sur la méthode (objectifs, devis, attribution aléatoire, durée de

participation, approbation du comité d'éthique, variable indépendante, évaluation à l'aveugle, variable dépendante, outils de mesure utilisés pour les variables dépendantes, type d'analyses réalisées), les participants (description de la population, contexte de l'étude, critères d'inclusion et d'exclusion des participants à l'étude, critères d'inclusion et d'exclusion des participants au traitement, méthode de recrutement des participants, nombre de participants randomisés, groupes, déséquilibres de base, attritions, raisons d'abandon, âge, sexe, ethnie, sévérité du trouble d'anxiété sociale, comorbidités), le traitement (type de traitement, modalité de traitement, activités du traitement, milieu dans lequel le traitement est offert, personne qui administre le traitement, durée du traitement, nombre de séances, durée des séances, taux de participation réelle au traitement des participants) et les résultats ont été extraites. Les données extraites ont été copiées de l'étude et collées dans la grille afin de conserver les données les plus brutes possibles, tel que conseillé par le *Center for Reviews and Dissemination* (2008).

La directrice de recherche a extrait les informations de trois études (25 % de la totalité des études sélectionnées) choisies au hasard afin de calculer un accord interjuge à l'aide d'un pourcentage d'accord. Plus concrètement, les cinq grilles de chacune ont donc été comparées et pour chaque réponse similaire, un point était accordé. Lorsqu'une réponse était différente, zéro point était donné. Le total était ensuite calculé pour chaque étude, puis les résultats sur 100 de chaque étude ont été additionnés pour en calculer une moyenne sur 100. Ce pourcentage s'est élevé à 91 % (Voir Annexe F). Pour quelques études, l'évaluateur externe du présent mémoire a été consulté, lorsque l'auteure était embêtée ou comprenait moins bien la démarche qui avait été réalisée dans ces dernières.

5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Cette étape fait l'objet de la section résultats du présent mémoire (Voir chapitre 5). Elle consiste à synthétiser les résultats de toutes les études en tenant compte de leurs caractéristiques pour répondre aux questions de recherche du présent projet. Elle demande également d'investiguer si les résultats sont persistants ou cohérents entre les études et, si non, d'envisager pour quelles raisons il en est ainsi. Un survol des lignes directrices du *Center for Reviews and Dissemination* (2008) a également été réalisé pour orienter l'organisation des résultats et l'analyse descriptive des résultats. De plus, quelques études de la littérature scientifique ont été consultées aux mêmes fins.

6. TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Selon le *Center for Reviews and Dissemination* (2008), cette étape consiste à partager les résultats de la recension systématique par le biais d'un article, une conférence, un dépliant, une rencontre avec les acteurs des milieux concernés, etc. Dans le cadre du présent mémoire, le transfert des connaissances se fera minimalement par le dépôt de ce mémoire dans la base de données de l'université. Ceci le rendra accessible à tous les gens qui désireront le consulter. Finalement, il se peut qu'un article soit rédigé et soumis à une revue scientifique, permettant ainsi, un plus grand rayonnement aux résultats du présent mémoire.

CINQUIÈME CHAPITRE RÉSULTATS

1. LA TCC EST-ELLE PLUS EFFICACE QU'AUCUN TRAITEMENT, AU POST-TRAITEMENT ET/OU AU SUIVI, POUR ÉLIMINER LE DIAGNOSTIC OU RÉDUIRE LES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ SOCIALE CHEZ LES ENFANTS OU LES ADOLESCENTS?

1.1 Caractéristiques des études ayant évalué la rémission des participants

Le tableau 4 présente les caractéristiques méthodologiques des cinq études répondant à la première question de recherche du mémoire en termes de rémission, à savoir est-ce que les participants à la TCC sont significativement plus nombreux à perdre leur diagnostic d'anxiété sociale comparativement à un groupe ne recevant aucun traitement (Gallagher, Rabian et Mc Closkey, 2004; Hayward *et al.*, 2000; Melfsen, Kühnemund, Schwieger, Warnke, Stadler, Poustka *et al.*, 2011; Masia-Warner, Klein, Dent, Fisher, Alvir, Albano *et al.*, 2005; Spence *et al.*, 2000). Dans toutes ces études, les participants sont attribués à l'un ou l'autre des groupes de façon aléatoire. Les programmes de TCC varient d'une étude à l'autre, en ce qui concerne la fréquence et la durée des séances (3 à 20 sessions de 40 à 90 minutes), ainsi que leur modalité (groupe, familiale, individuelle et scolaire). Les participants sont des enfants ou des adolescents âgés de 7 à 17 ans, provenant majoritairement des États-Unis, mais également de l'Australie et de l'Allemagne. L'étude d'Hayward *et al.* (2000) présente des résultats portant uniquement sur un échantillon de filles, alors que les autres études sont mixtes. Toutes les études portent sur des échantillons composés uniquement d'enfants ou d'adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale. Le nombre de sujets composant les groupes expérimentaux varie de 12 à 21, tandis que de 11 à 23 participants composent les groupes de comparaison. Il est important de mentionner que dans toutes les études, l'ensemble des participants avait un diagnostic de trouble d'anxiété sociale au départ. Toutes ces études ont comparé les taux de rémissions à l'ADIS-C/P au post-traitement et parfois du suivi à l'aide du chi-carré, à l'exception d'une étude qui a plutôt réalisé un test de Fisher (Hayward *et al.*, 2000).

Tableau 4

Caractéristiques et résultats des études ayant évalué la rémission des participants en comparant la TCC à un groupe contrôle ne recevant pas de traitement

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. Suivi	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outil de mesure – répond.	Taux de rém. au post- tx.	Comparaison des taux de rém. au post-tx.	Taux de rém. au suivi	Comparaison des taux de rém. au suivi
Gallagher <i>et al.</i> , 2004 (É.-U.)	Groupe /3 sess. /3 h. /TCC brève de groupe	GTCC: 12 Ctrl.: 11 3 sem.	8-11 ans, N.D. (N.D.) /52 %	ADIS- C/P - Parent ADIS- C/P - Enfant	41,7 % 0 % 58,3 % 18,2 %	$x^2(n.d.,22)=5,86$, $p<0,05$ $x^2(n.d.,22)=3,88$, $p<0,05$	50 % 9,1 % 83,3 % 18,2 %	$x^2(n.d.,22)=4,54$, $p<0,05$ $x^2(n.d.,22)=9,76$, $p<0,005$
Hayward <i>et al.</i> , 2000 (É.-U.)	Groupe /16 sess. /1,5 h. /CBGT-A	GTCC: 12 Ctrl.: 23 1 an	14-17 ans, 15,8 (1,6) /100 %	ADIS- C/P - parent/ enfant combiné	45 % 4 %	$p<0,05$ au test exact de fisher	60 % 44 %	
Masia- Warner <i>et al.</i> , 2005 (É.-U.)	École /12 sess. /40 min. + 2 sess. Indiv. 15 min. + 2 <i>boosters</i>	E/GTCC:18 Ctrl.: 17	13-17 ans, 14,8 (0,81) /74,3 %	ADIS- C/P- parent/ enfant combiné	67 % 6 %	$x^2(n.d.,n.d.)=13,84$, $p<0,001$		

	+4 fds. d'évé. sociaux 90 min. /SASS							
Melfsen <i>et al.</i> , 2011 (All.)	Indiv. /20 sess. (4 avec parents) /50 min. /TSPK	ITCC: 21 L.A.: 23	8-14 ans, 10,60 (1,64) 10,76(1,90) /48 %	ADIS- C/P – clincien	33 % 0 %	$\chi^2(1,0,95)=12,0714$, $p<0,001$		
Spence <i>et al.</i> , 2000 (Australie)	Groupe + familiale /12 sess. /1 h. + 30 min. jeux sociaux + 2 <i>boosters</i> /SST	GTCC: 19 F/GTCC: 17 L. A.: 14	7-14 ans, 11 (2,45) 10,94 (1,92) 9,93 (1,77) /38 %	ADIS- C/P - parent/ enfant combiné	87,5 % 58 % 7 %	$\chi^2(2,n.d.)=19,65$, $p<0,001$		

Ref.: Références; **Nbr.:** Nombre; **Prog.:** Programme; **Pts.:** Participants; **n:** Échantillon; **M:** Moyenne; **E.T.:** Écart-type; **Répond.:** Répondant; **Rém.:** Rémission; **Tx.:** Traitement; **É.-U.:** États-Unis; **Sess.:** Session; **H.:** Heure; **TCC :** Thérapie cognitivo-comportementale; **GTCC:** Thérapie cognitivo-comportementale de groupe; **Ctrl.:** groupe contrôle; **Sem.:** semaine; **n.d.:** Non disponible; **ADIS-C/P:** *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSMIV: Parent and Child Versions* (Silverman et Albano, 1996); **CBGT-A:** Groupe cognitive-behavioral therapy for adolescent (Albano *et al.*, 1991); **Min. :** Minute; **Indiv.:** Individuelle; **E/GTCC:** Thérapie cognitivo-comportementale à l'école de groupe; **Fds.:** Fin de semaine; **Évé.:** Événement; **SASS:** *Skills for Social and Academic Success* (Fisher *et al.*, 2004; Masia *et al.*, 1999); **All.:** Allemagne; **TSPK:** *Die Therapie der Sozialen Phobie im Kindesalter* (Melfsen, Kühnemund, Schwieger, Walitza et Warnke, (s.d.)); **ITCC:** Thérapie cognitivo-comportementale individuelle; **L.A.:** Liste d'attente; **SST :** Social skills training (Spence, 1995); **F/GTCC:** Thérapie cognitivo-comportementale familiale de groupe; Toutes les études ont utilisé l'ADIS-C/P pour évaluer la présence du trouble d'anxiété sociale, toutefois Melfsen *et al.* (2011) ont utilisé le DIPS-K qui en est la version allemande.

1.2 Rémission au post-traitement

D'après les résultats des cinq études recensées, les taux de rémission post-traitement se situent entre 33 % et 87,5 %, pour les groupes ayant reçu le traitement. Quatre taux de rémissions sur sept sont de plus de 50 %, signifiant que près de la moitié des enfants recevant la TCC perdent leur diagnostic de trouble d'anxiété sociale à la fin du traitement, selon l'évaluation réalisée à l'aide de l'*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSMIV: Parent and Child Versions* (ADIS-C/P; Silverman et Albano, 1996).

En revanche, les taux de rémission des groupes de comparaison sont plus faibles et se situent entre 0 et 18,2 %. En d'autres mots, la majorité des enfants ou des adolescents attribués aux groupes de comparaison conserve son diagnostic à l'ADIS-C/P à la fin de la période de traitement des groupes expérimentaux.

En comparant les taux de rémission des groupes recevant la TCC aux groupes de comparaison au post-traitement, toutes les études rapportent des différences significatives, avec une meilleure rémission dans les groupes recevant le traitement. La seule exception est l'étude d'Hayward *et al.* (2000) qui a plutôt réalisé un test de Fisher, puisque toutes les conditions n'étaient pas respectées pour faire un chi-carré. Toutefois, la différence reste significative.

1.3 Rémission au suivi

Le tableau 4 présente deux études qui ont fait le suivi des taux de rémission des deux groupes après la fin du traitement, soit à un an (Hayward *et al.*, 2000) ou à trois semaines d'intervalle (Gallagher *et al.*, 2004). L'étude d'Hayward *et al.* (2000), présente un taux de rémission dans le groupe recevant le traitement de 60 %, après un an. Elle présente un taux de rémission de 44 % pour le groupe de comparaison. Les auteurs tentent d'expliquer cette augmentation (passant de 4 % à 44 % après un an) par la régression vers

la moyenne ou par le fait que quelques participants de ce groupe aient reçu des traitements dans la communauté. Ils ont d'ailleurs investigué cette deuxième hypothèse. En effet, quatre participants ont rapporté avoir reçu un traitement entre le post-traitement et le suivi d'un an. Au suivi d'un an, deux de ces quatre participants présentaient toujours un diagnostic d'anxiété sociale. C'est pourquoi les auteurs en viennent à la conclusion que ce n'est pas le fait d'avoir reçu un traitement entre le post-traitement et le suivi un an qui explique cette augmentation.

L'étude de Gallagher *et al.* (2004) présente des taux de rémission au suivi de 50 % à la version complétée par le parent de l'ADIS-C/P et de 83,3 % à la version complétée par l'enfant de l'ADIS-C/P pour le groupe ayant reçu la TCC. En revanche, des taux de rémission de 9,1 % pour la version complétée par le parent de l'ADIS-C/P et de 18,2 % pour la version complétée par l'enfant de l'ADIS-C/P y sont rapportés pour le groupe de comparaison. Des différences significatives ont été rapportées aux deux volets de l'ADIS-C/P (parent et enfant), impliquant une meilleure rémission pour le groupe recevant le traitement lors du suivi réalisé à un intervalle de trois semaines après la fin du traitement.

1.4 Caractéristiques des études ayant évalué la diminution des symptômes d'anxiété sociale

Le tableau 5 présente les caractéristiques méthodologiques et les résultats des six études répondant à cette même question en termes de réduction des symptômes du trouble d'anxiété sociale en comparant un groupe recevant un programme de TCC à un groupe ne recevant aucun traitement (Hayward *et al.*, 2000; Spence *et al.*, 2000; Gallagher *et al.*, 2004; Masia-Warner *et al.*, 2005; Sánchez-García et Olivares, 2009; Melfsen *et al.*, 2011). Dans toutes ces études, les participants sont attribués à un groupe de façon aléatoire. Les programmes de TCC varient d'une étude à l'autre, en ce qui concerne la fréquence et la durée des séances (3 à 20 sessions de 40 minutes à 3 heures), ainsi que leur modalité (groupe, familiale, individuelle et scolaire). Les participants sont des enfants ou des adolescents de 7 à 17 ans, majoritairement des États-Unis, mais également d'Australie,

d’Espagne et d’Allemagne. L’étude d’Hayward *et al.* (2000) présente des résultats portant uniquement sur un échantillon de filles, alors que les autres études sont mixtes. Toutes ces études portent sur des échantillons d’enfants ou d’adolescents présentant un diagnostic de trouble d’anxiété sociale. Le nombre de sujets composant les groupes expérimentaux varie de 12 à 36 et de 11 à 25 pour les groupes contrôles. Toutes les études ont comparé les moyennes d’intensité des groupes à partir de différents outils de mesure (ADIS-C/P (sévérité), SPAI-C, SASC-R, SAS-A, SPDS-CF et LSAS-CA). Les moyennes des groupes recevant la TCC et ne recevant aucun traitement ont été comparées à l’aide d’analyses de variance à mesures répétées, des trois façons suivantes a) entre le pré et le post traitement, b) entre le pré et le suivi ou c) entre le pré et le suivi, en incluant la mesure du post. De plus, trois études ont présenté des tailles de l’effet à l’aide du d de Cohen. Afin d’interpréter les résultats de ces tailles de l’effet, l’auteure s’est référée au cadre de référence proposé par Cohen (1988), soit a) près de 0,2 (effet de petite taille), b) près de 0,5 (effet de taille moyenne) et c) près de 0,8 (effet de grande taille). La taille de l’effet est un indice de la force d’une association, en ce sens que la différence entre les moyennes n’est pas liée au hasard.

Tableau 5
Caractéristiques et résultats des études ayant évalué la diminution des symptômes d'anxiété sociale entre un groupe expérimental recevant la TCC et un groupe contrôle ne recevant pas de traitement

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de sess. /Durée des sess. /Prog.	Devis : Nbr. Pts. Suivi	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré, le post-tx. et le suivi
ADIS-C/P (sévérité)							
Gallagher <i>et al.</i> , 2004 (É.-U.)	Groupe /3 sess. /3h. /TCC brève de groupe	GTCC: 12 Ctrl.: 11 3 sem.	8-11 ans, N.D.(N.D.) /52 %	ADIS- C/P- clinicien			F(2,40)= 5,50, p<0,05* Pré-post-tx. : t(11)= 4,78, p< 0,001 Pré-suivi: t(11)= 4,77, p<0,001 Post-tx.-suivi : t(11)=2,42, n.s.
Hayward <i>et al.</i> , 2000 (É.-U.)	Groupe /16 sess. /1,5 h. /CBGT-A	GTCC: 12 Ctrl.: 23	14-17 ans, 15,8(1,6) /100 %	ADIS- C/P - enfant ADIS- C/P- parent	F(1,27) : 10,9, p= 0,003* F (1,26): 5,2, p=0,031*		

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de sess. /Durée des sess. /Prog.	Devis : Nbr. Pts. Suivi	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré, le post-tx. et le suivi
Masia- Warner <i>et al.</i> , 2005 (É.-U.)	École /12 sess. /40 min. +2 sess. indiv. 15 min. +2 <i>boosters</i> +4 fds. d'évé. sociaux 90 min. /SASS	E/GTCC:18 Ctrl.: 17 9 mois	13-17 ans, 14,8 (0,81) /74,3 %	ADIS- C/P- clinicien	F(1,33)=50,6, p<0,0001* d=:2,4, p<0,0001		
Melfsen <i>et al.</i> , 2011 (All.)	Indiv. /20 sess. (4 avec parents) /50 min. /TSPK	ITCC: 21 L.A.: 23	8-14 ans, 10,60 (1,64) 10,76(1,90) /48 %	ADIS- C/P - clinicien	F(1,42)=6,33, p<0,05 * d=0,89		
Spence <i>et al.</i> , 2000 (Australie)	Groupe + familial /12 sess. /1h + 30 min. jeux sociaux	GTCC: 19 F/GTCC: 17 L. A.: 14	7-14 ans, 11 (2,45) 10,94(1,92) 9,93 (1,77) /38 %	ADIS- C/P – parent	F(1,46)=26,34, p<0,001*		

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de sess. /Durée des sess. /Prog.	Devis : Nbr. Pts. Suivi	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré, le post-tx. et le suivi
	+2 booster /SST						
SPAI-C (enfant)							
Gallagher <i>et al.</i> , 2004 (É.-U.)	Groupe /3 sess. /3 h. /TCC brève de groupe	GTCC: 12 Ctrl.: 11 3 sem.	8-11 ans, N.D.(N.D.) /52 %	SPAI-C- enfant			F(2,42)=3.59, p<0,05* Pré-post : t(11)=1,12, n.s. Pré-suivi : t(11)=3,88, p< 0,005 Post-suivi : t(11)= 2,19, n.s.
Hayward <i>et al.</i> , 2000 (É.-U.)	Groupe /16 sess. /1,5 h. /CBGT-A	GTCC: 12 Ctrl.: 23 1 an	14-17 ans, 15,8(1,6) /100 %	SPAI-C- enfant	F(1,31) : 4,2, p<0,048*	F (1,26): 0,7, p<0,4*	
Masia- Warner <i>et al.</i> , 2005 (É.-U.)	École /12 sess. /40 min. +2 sess. indiv. 15 min.	SASS E/GTCC:18 Ctrl.: 17 9 mois	13-17 ans, 14,8 (0,81) /74,3 %	SPAI-C- enfant	F(1,33)= 4,1, p<0.052* d= 0,68, p=0,052		

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de sess. /Durée des sess. /Prog.	Devis : Nbr. Pts. Suivi	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré, le post-tx. et le suivi
	+2 <i>boosters</i> +4 fds. d'évé. sociaux 90 min. /SASS						
Melfsen <i>et al.</i> , 2011 (All.)	Indiv. /20 sess. (4 avec parents) /50 min. /TSPK	ITCC: 21 L.A.: 23	8-14 ans, 10,60 (1,64) 10,76(1,90) /48 %	SPAI-C- enfant	F(1,42)= 5,26, p<0,05* d= 0,94		
Sánchez- García et Olivares, 2009 ** (Espagne)	Indiv. /12 sess. /90 min. /IAFS- RC	IAFS-RC: 28 IAFS-SANS RC: 29 Ctrl.: 25 6 mois	10-14 ans, 11,91 (1,33) /73 %	SPAI-C- enfant	F(2,80)= 52,240, p<0,01* T.E.: (IAFS-RC vs L.A.) : +2.23	F(2,80)= 46,036, p<0,01* T.E.: (IAFS-RC vs L.A.): +3,04	
SASC-R (enfant)							
Gallagher <i>et al.</i> , 2004 (É.-U.)	Groupe /3 sess. /3 h.	GTCC: 12 Ctrl.: 11	8-11 ans, N.D.(N.D.) /52 %	SASC-R - enfant			F(2,42)=0,32, n.s. Pré-post : t(11)=1,70, n.s.

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de sess. /Durée des sess. /Prog.	Devis : Nbr. Pts. Suivi	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré, le post-tx. et le suivi
	/TCC brève de groupe	3 sem.					Pré- suivi : $t(11)=3,60$, $p<0,005$ Post-suivi : $t(11)=2,64$, $p<0,0167$
Sánchez- García et Olivares, 2009** (Espagne)	Indiv. /12 sess. /90 min. /IAFS- RC	IAFS-RC: 28 IAFS-SANS RC: 29 L.A.: 25 6 mois	10-14 ans, 11,91 (1,33) /73 %	SASC-R- enfant	$F(2,80)=105,041$, $p<0,01^*$ T.E.: IAFS-RC vs L.A. : +3,16	$F(2,80)=125,688$, $p<0,01^*$ T.E. : IAFS- RC vs L.A.: +3,93	
Autres outils d'évaluation du trouble d'anxiété sociale							
Masia- Warner et al., 2005 (É.-U.)	École /12 sess. /40 min. +2 sess. indiv. 15 min. +2 boosters	E/GTCC:18 Ctrl.: 17 9 mois	13-17 ans, 14,8 (0,81) /74,3 %	SPDSCF- clinicien LSAS- CA (Total)- clinicien	$F(1,33) : 34,9$, $p<0,0001^*$ $d=2,0$, $p<0,0001$ $F(1,33)=5,1$, $p=0,03^*$ $d=0,77$, $p<0,03$		

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de sess. /Durée des sess. /Prog.	Devis : Nbr. Pts. Suivi	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré, le post-tx. et le suivi
	+4 fds. d'évé. sociaux 90 min. /SASS			LSAS- CA- (anxiété sociale) - clinicien	Non significatif		
				SAS-AP (peur éval. négative) -parent	Non significatif, $d=0,21$, n.s.		
				SAS-AP (peur nouvelle situation) -parent	$F(1,32)=5,8$, $p=0,02$ $d=0,82$, $p<0,02$		
				SAS-AP (générale) -parent	Non significatif $d=0,16$, ns		
				SAS-A (peur éval.	Non significatif, $d=0,17$, n.s.		

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de sess. /Durée des sess. /Prog.	Devis : Nbr. Pts. Suivi	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré, le post-tx. et le suivi
				négative) - enfant SAS-A (peur nouvelle situation) - enfant SAS-A (générale) -enfant	F(1,33)=5,4, p=0,03 d= 0,79, p<0,03 Non significatif d= 0,21, ns		
Spence <i>et al.</i> , 2000 (Australie)	Groupe + familial /12 sess. /1 h.+ 30 min. jeux sociaux +2 <i>boosters</i> /SST	GTCC: 19 F/GTCC: 17 L. A.: 14	7-14 ans, 11 (2,45) 10,94(1,92) 9,93 (1,77) /38 %	SCAS (anxiété sociale)	F(1,33)=4,67, p<0,038*		

*= La différence significative est en faveur du groupe ayant reçu la TCC, en ce sens qu'il y a une plus grande diminution des symptômes dans ce groupe; ** = Pour l'étude de Sanchez-Garcia et Olivares (2009), les résultats post-hoc présentés dans l'étude permettent de vérifier entre quels groupes la différence est significative, bien que l'anova inclue les trois groupes. Ref.: Références; Nbr.: Nombre; Sess.: Session; Prog.: Programme; Pts.: Participants; n: Échantillon; M: Moyenne; E.T.: Écart-type; Répond.: Répondant; Tx.: Traitement; *ADIS-CIP*: *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSMIV: Parent*

and Child Versions (Silverman et Albano, 1996); **É.-U.**: États-Unis; **TCC**: Thérapie cognitivo-comportementale; **H.**: Heure; **GTCC**: Thérapie cognitivo-comportementale de groupe; **Ctrl.**: Contrôle; **Sem.**: Semaine; **n.d.**: Non disponible; **n.s.**: Non significatif; **CBGT-A**: Groupe cognitive-behavioral therapy for adolescent (Albano *et al.*, 1991); **Min.**: Minute; **Indiv.**: Individuelle; **Fds.**: Fin de semaine; **Évé.**: Événement; **SASS**: *Skills for Social and Academic Success* (Fisher *et al.*, 2004; Masia *et al.*, 1999); **E/GTCC**: Thérapie cognitivo-comportementale à l'école de groupe; **d**: D de Cohen; **All.**: Allemagne; **TSPK**: *Die Therapie der Sozialen Phobie im Kindesalter* (Melfsen *et al.*, s.d.); **ITCC**: Thérapie cognitivo-comportementale individuelle; **L.A.**: Liste d'attente; **SST**: Social skills training (Spence, 1995); **F/GTCC**: Thérapie cognitivo-comportementale familiale de groupe; **SPAI-C**: *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (Beidel *et al.*, 1998); **IAFS-RC**: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social avec restructuration cognitive* (Olivares, 2005); **IAFS-SANS RC**: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social sans restructuration cognitive* (Olivares, 2005); **T.E.**: Taille de l'effet; **vs**: Versus; **SASC-R**: Social Anxiety Scale for Children-revised (La Greca et Stone, 1993); **SPDSCF**: *Social Phobic Disorders Severity and Change Form* (Liebowitz *et al.*, 1992); **LSAS-CA**: *Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents* (Masia-Warner *et al.*, 2003); **SAS-AP**: *Social Anxiety Scale for Adolescents: Parent Version* (La Greca et Stone, 1993); **SAS-A**: *Social Anxiety Scale for Adolescents* (La Greca et Lopez, 1998); **SCAS**: *Spence Children's Anxiety Scale* (Spence, 1998); Toutes les études ont utilisé l'ADIS-C/P pour évaluer la présence du trouble d'anxiété sociale, toutefois Melfsen *et al.* (2011) ont utilisé le DIPS-K qui en est la version allemande.

1.5 Diminution des symptômes à l'ADIS-C/P (sévérité)

À l'ADIS-C/P (niveau de sévérité), les quatre études ayant comparé les moyennes des groupes ayant reçu la TCC à un groupe n'ayant reçu aucun traitement au pré et au post traitement présentent des différences significatives en faveur du groupe ayant reçu la TCC. Cela signifie que les symptômes d'anxiété sociale, tels qu'évalués à l'ADIS-C/P, diminuent de façon significativement plus importante chez les participants du groupe recevant la TCC que chez ceux du groupe de comparaison, entre le début et la fin du traitement.

De plus, deux études (Masia-Warner *et al.*, 2005; Melfsen *et al.*, 2011) rapportent respectivement des tailles de l'effet fortes, soient 2,4 et 0,89. Cela signifie que le fait de participer au traitement influence fortement la diminution des symptômes.

Une étude (Gallagher *et al.*, 2004) a comparé les moyennes d'intensité à l'ADIS-C/P du groupe traitement et de comparaison au pré, au post traitement et au suivi. Les auteurs présentent également une différence significative, en faveur du groupe traitement. Les analyses supplémentaires permettent d'identifier la comparaison entre le pré et le post-traitement et le pré au suivi de trois semaines comme significatifs, alors que le post-traitement au suivi ne l'est pas. Cela signifie que les symptômes d'anxiété sociale, tels qu'évalués à l'ADIS-C/P, diminuent de façon significativement plus importante chez les participants du groupe recevant la TCC que chez ceux du groupe de comparaison, entre le début et la fin du traitement et entre le début du traitement et le suivi de trois semaines.

1.6 Diminution des symptômes au SPAI-C

Au SPAI-C, questionnaire autorapporté, les quatre études ayant comparé les moyennes d'intensité au pré et au post-traitement, du groupe recevant le traitement et du groupe de comparaison, présentent des résultats significatifs en faveur du groupe

traitement. De plus, trois études (Masia-Warner *et al.*, 2005; Melfsen *et al.*, 2011; Sánchez-Garcia et Olivares, 2009) ont évalué la taille de l'effet de cette différence significative. Une de ces études (Masia-Warner *et al.*, 2005) rapporte une taille d'effet de 0,68 considérée comme moyenne, alors que les deux autres études (Melfsen *et al.*, 2011; Sánchez-Garcia et Olivares, 2009) rapportent respectivement une taille de l'effet forte ou une différence de taille de l'effet forte, soit 0,94 et 2,23.

Deux études (Hayward *et al.*, 2000; Sánchez-Garcia et Olivares, 2009) ont comparé les moyennes d'intensité au SPAI-C, des groupes recevant le traitement et de comparaison au pré-traitement et au suivi. Ces études présentent des différences significatives, en faveur du groupe traitement. Ainsi, il est possible d'admettre que pour les participants du groupe recevant la TCC, en comparaison au groupe ne recevant aucun traitement, il y a une diminution significativement plus importante des symptômes d'anxiété sociale au SPAI-C entre le début du traitement et le suivi effectué respectivement à un an et à six mois. De plus, l'étude de Sánchez-Garcia et Olivares (2009) rapporte une taille de l'effet forte de 3,04.

Une étude (Gallagher *et al.*, 2004) a comparé les moyennes d'intensité au SPAI-C, des groupes recevant le traitement et de comparaison au pré, au post traitement et au suivi de trois semaines. Les auteurs rapportent une différence significative, en faveur du groupe traitement. De plus, les analyses supplémentaires permettent d'identifier que la différence rapportée entre le pré au post-traitement est significative, tandis que celles entre le pré au suivi et le post au suivi ne le sont pas. Ainsi, il est possible d'admettre que pour les participants du groupe recevant la TCC, en comparaison au groupe ne recevant aucun traitement, il y a une diminution plus grande des symptômes d'anxiété sociale au SPAI-C du pré au post-traitement.

1.7 Diminution des symptômes au SASC-R

Une étude (Gallagher *et al.*, 2004) a comparé les moyennes d'intensité au SASC-R, des groupes recevant le traitement et de comparaison au pré, au post traitement et au suivi. Elle ne présente pas une différence significative.

Au SASC-R, une étude (Sánchez-Garcia et Olivares, 2009) présente une différence significative quant à la comparaison des moyennes d'intensité du groupe recevant le traitement et le groupe n'en recevant aucun du pré au post-traitement, en faveur du groupe recevant le traitement. De plus, cette étude rapporte une différence de taille de l'effet forte de 3,16.

Une étude (Sánchez-Garcia et Olivares, 2009) a comparé les moyennes d'intensité au SASC-R, des groupes recevant le traitement et de comparaison au pré et au suivi. Elle présente une différence significative en faveur du groupe recevant le traitement. De plus, elle rapporte une forte taille de l'effet de 3,93.

1.8 Diminution des symptômes aux autres outils de mesure du trouble d'anxiété sociale

En comparant les moyennes d'intensité du groupe recevant le traitement à celles du groupe de comparaison au pré et au post-traitement, une étude (Masia- Warner *et al.*, 2005) rapporte des résultats significatifs au SPDSCF, en faveur du groupe traitement. De plus, elle présente une taille de l'effet forte de 2,0.

Pour ce qui est du LSAS, à la sous-échelle totale, cette même étude rapporte une différence significative en faveur du groupe traitement. Elle présente également une taille de l'effet forte de 0,77. Toutefois, pour la sous-échelle d'anxiété sociale de cet outil, la différence entre ces deux groupes n'est pas significative.

Pour l'instrument de mesure du SAS-AP complété par le parent, aux sous-échelles peur d'une évaluation négative et générale, les auteurs de cette même étude rapportent des différences non significatives. Pour la sous-échelle peur d'une nouvelle situation, ils présentent une différence significative, en faveur du groupe recevant la TCC avec une taille de l'effet forte de 0,82. Il en est de même pour les sous-échelles du SAS-A, complété par l'enfant. Aux sous-échelles peur d'une évaluation négative et générale, les auteurs ne rapportent pas de différence significative. Toutefois, à la sous-échelle peur d'une nouvelle situation, les auteurs présentent une différence significative en faveur du groupe traitement et une taille de l'effet forte de 0,79.

À la sous-échelle du trouble d'anxiété sociale du SCAS, une étude (Spence *et al.*, 2000) rapporte une différence significative en faveur du groupe recevant le traitement, quant à la comparaison des moyennes d'intensité des deux groupes au post-traitement.

2. LA TCC EST-ELLE PLUS EFFICACE QUE LES AUTRES TYPES D'INTERVENTIONS DISPONIBLES POUR ÉLIMINER LE DIAGNOSTIC OU RÉDUIRE LES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ SOCIALE DE CETTE CLIENTÈLE À COURT OU À LONG TERME APRÈS LE TRAITEMENT ?

2.1 Caractéristiques de l'étude ayant évalué la rémission des participants

Une seule étude, présentée dans le tableau 6, fait état de l'efficacité de la TCC en termes de rémission du trouble d'anxiété sociale en comparant un groupe recevant un programme de TCC à un groupe recevant un autre traitement (Masia-Warner, Fisher, Shrout, Rathor et Klein, 2007). Dans cette étude, le groupe de comparaison est un groupe

recevant un traitement différent, c'est-à-dire que le groupe bénéficiant de la TCC est comparé à un groupe recevant l'ESGF: *Educational-Supportive Group Function*. Dans cette étude, les participants sont attribués à un groupe de façon aléatoire. La TCC comporte 12 sessions de 40 minutes et elle est donnée en milieu scolaire en groupe. Les participants sont âgés de 14 à 16 ans et vivent aux États-Unis. L'échantillon est mixte, mais 83 % sont des filles. Tous les enfants de l'échantillon présentent un diagnostic de trouble d'anxiété sociale. Dix-neuf enfants font partie du groupe expérimental et 17 enfants sont dans le groupe contrôle. Cette étude a comparé les taux de rémission au post et au suivi à l'aide du chi-carré. De plus, puisqu'elle a un haut taux d'attrition, les auteurs ont également présenté les résultats selon la méthode d'analyse d'intention de traitement qui implique de compléter les analyses avec le nombre de participants initialement randomisés dans chaque groupe, même pour les participants ayant abandonné le projet de recherche, en prenant les derniers résultats disponibles pour ces derniers (Higgins et Green, 2011). Ils présentent également des résultats plus sensibles en donnant le résultat de zéro aux participants ayant quitté le projet de recherche.

Tableau 6

Caractéristiques et résultats de l'étude ayant évalué la rémission des participants en comparant la TCC à un autre traitement

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. Suivi	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outil de mesure – répond.	Taux de rém. au post-tx.	Comparaison des taux de rém. au post- tx.	Taux de rém. au suivi	Comparaison des taux de rém. au suivi
Masia- Warner <i>et al.</i> , 2007 (É.-U.)	École + Groupe /12 sess. /40 min. /SASS	SASS (E/GTCC): 19 ESGF: 17 6 mois	14-16 ans, 15,1 (0,06) /83 %	ADIS- C/P- parent/ enfant combiné	58,8 % 0 %	$\chi^2(1, \text{n.d.}) =$ 12,8, $p < 0,001$	73,3 % 6,7 %	$\chi^2(1, \text{n.d.}) =$ 13,4, $p < 0,001$
					ITT 58 % 0 %	ITT $\chi^2(1, \text{n.d.}) =$ 14,2, $p < 0,001$	ITT 63,2 % 5,6 %	ITT $\chi^2(1, \text{n.d.}) =$ 12,8, $p < 0,001$
	École + Groupe /12 sem. /40 min. /ESGF				Conservatrice 58 % 11,8 %	Conservatrice $\chi^2(1, \text{n.d.}) =$ 8,3, $p < 0,02$	Conservatrice 58 % 17,6 %	Conservatrice $\chi^2(1, \text{n.d.}) =$ 6,1, $p < 0,02$

Ref.: Références; **Nbr.:** Nombre; **Prog.:** Programme; **Pts.:** Participants; **n:** Échantillon; **M:** Moyenne; **E.T.:** Écart-type; **Répond.:** Répondant; **Rém.:** Rémission; **Tx.:** Traitement; **É.-U.:** États-Unis; **Sess.:** Session; **Min.:** Minute; **SASS:** Skills for Social and Academic Success (Fisher *et al.*, 2004; Masia *et al.*, 1999); **Sem.:** Semaine; **ESGF:** *Educational-Supportive Group Function* (Masia-Warner, Fisher et Klein, 2004); **E/GTCC:** Thérapie cognitivo-comportementale à l'école de groupe; **ADIS-C/P:** *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSMIV: Parent and Child Versions* (Silverman et Albano, 1996); **ITT:** Analyses en intention de traitement; **n.d.:** Non disponible.

2.2 Rémission au post-traitement

Dans le groupe recevant la TCC (groupe expérimental), le taux de rémission à la fin du traitement est de 58,8 %. Ainsi, près de la moitié des enfants recevant la TCC sont en rémission à l'ADIS-C/P, en ce sens qu'ils perdent leur diagnostic à la fin du traitement. Dans le groupe contrôle, le taux de rémission se situe à 0 %. En d'autres mots, les enfants ou les adolescents ayant reçu le traitement *Educational-Supportive Group Function* (ESGF) conservent leur diagnostic à l'ADIS-C/P à la fin du traitement. En comparant les taux de rémission du groupe recevant la TCC à ceux du groupe contrôle au post-traitement, cette étude rapporte une différence significative, avec une meilleure rémission dans le groupe recevant la TCC. Il en est de même pour les analyses en intention de traitement. En effet, en raison du haut taux d'attrition de cette étude, les auteurs ont choisi de faire des analyses en prenant les derniers résultats disponibles pour les participants ayant quitté le projet de recherche, en conservant leur attribution au groupe. Ils ont également fait des analyses plus conservatrices en considérant que toutes les attritions dans le groupe traitement ne répondaient pas au traitement et que celles dans le groupe contrôle répondaient au traitement et la différence est demeurée significative avec une meilleure rémission pour le groupe recevant la TCC.

2.3 Rémission au suivi

Dans le groupe recevant la TCC, le taux de rémission au suivi, tel que mesuré six mois après la fin du traitement, se situe à 73,3 %. Ainsi, près de trois enfants sur quatre recevant la TCC sont en rémission à l'ADIS-C/P, en ce sens qu'ils n'ont plus leur diagnostic six mois après la fin du traitement. Dans le groupe contrôle, le taux de rémission est plus faible et se situe à 6,7 %. En d'autres mots, la majorité des enfants ou des adolescents qui sont dans ce groupe conservent leur diagnostic à l'ADIS-C/P, six mois après la fin du traitement. En comparant les taux de rémission au suivi du groupe recevant la TCC et du groupe contrôle, cette étude rapporte une différence significative, avec une proportion significativement plus élevée de rémission dans le groupe recevant la TCC, et

ce, même dans les analyses d'intention de traitement et dans les analyses plus conservatrices.

2.4 Caractéristiques des études ayant évalué la diminution des symptômes d'anxiété sociale

Le tableau 7 présente les caractéristiques méthodologiques des cinq études répondant à cette question, en termes de réduction des symptômes du trouble d'anxiété sociale (Compton, Peris, Almirall, Birmaher, Sherrill, Kendall *et al.*, 2014; Herbert, Gaudiano, Rheingold, Moitra, Myers, Dalrymple *et al.*, 2009; Ingul, Aune et Nordahl, 2013; Masia-Warner *et al.*, 2007; Sánchez-García et Olivares, 2009). Dans ces études, le groupe bénéficiant de la TCC est comparé à un groupe recevant un autre traitement (placebo, médication, ESGF, PST, IAFS-SANS RC). Dans toutes ces études, les participants sont attribués à un de ces groupes de façon aléatoire. Les programmes de TCC varient en termes de session (10 à 12 sessions de 40 minutes à 2 heures) et de modalité (groupe, familiale, individuelle et scolaire). Les participants sont des enfants ou des adolescents âgés de 8 à 17 ans, provenant des États-Unis, de la Norvège et de l'Espagne. Tous les échantillons sont mixtes. La majorité des études porte sur des échantillons composés uniquement d'enfants ou d'adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale et une étude porte sur un échantillon composé d'enfants ou d'adolescents présentant différents diagnostics d'anxiété (anxiété généralisée, anxiété de séparation, phobie spécifique, etc.). Dans ce cas, seuls les résultats des analyses réalisées sur les enfants ou les adolescents présentant un diagnostic de trouble d'anxiété sociale ont été rapportés. Le nombre d'enfants ou d'adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale qui est présenté entre parenthèses dans les tableaux, dans la colonne des devis, varie entre 6 et 29 par groupe dans cette étude. Quant au nombre de sujets dans les groupes expérimentaux, il est de 18 à 58 et dans le groupe contrôle, de 6 à 34. Les moyennes des groupes recevant la TCC et des groupes recevant un autre traitement ont été comparées à l'aide d'anovas à mesures répétées, des deux façons suivantes a) entre le pré et le post traitement ou b) entre le pré et le suivi. Une étude a plutôt comparé les scores de changements de chaque groupe entre le pré et le post-traitement, à l'aide du test-T. De plus, puisque l'étude de Masia-Warner *et*

al. (2007) a un haut taux d'attrition, les auteurs ont également présenté les résultats en intention de traitement, en prenant les derniers résultats disponibles pour les participants ayant quitté le projet de recherche. Ils présentent également des résultats plus sensibles en donnant le résultat de zéro aux participants ayant quitté le projet de recherche. Finalement, cinq études présentent des tailles de l'effet ou des différences de taille de l'effet à l'aide du d de Cohen.

Tableau 7

Caractéristiques et résultats des études ayant évalué la diminution des symptômes d'anxiété sociale entre un groupe expérimental recevant la TCC et un groupe contrôle recevant un autre type de traitement

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co- Variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des scores de changements (pré-post-tx.) pour chaque groupe
ADIS-C/P (Sévérité)							
Masia- Warner <i>et al.</i> , 2007 (É.-U.)	École + Groupe /12 sess. /40 min. /SASS École + Groupe /12 sem. /40 min. /ESGF	SASS (E/GTCC): 19 ESGF: 17 6 mois	14-16 ans, 15,1 (0,06) /83 %	ADIS-C/P- clinicien	F(1,29)= 31,7, p<0,001*, d=-1,9 ITT : F(1,33)= 32,8, p<0,001* Conservatrice : F(1,33)= 20,7, p<0,001*		
SPAI-C (Enfant)							
Herbert <i>et al.</i> , 2009 (É.-U.)	Indiv. /12 sem. /1 h. /I-CBT (Heimberg, 1991)	ITCC : 23 GTCC : 22 PST : 21	12-17 ans, 15 (N.D.) /75 %	SPAI-C- enfant			Non significatif

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co- Variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des scores de changements (pré-post-tx.) pour chaque groupe
	Groupe /12 sem. /2 h. /G-CBT (Heimberg, 1991) Groupe /12 sem. /2 h. /PST						
Ingul <i>et al.</i> , 2013 (Norvège)	Groupe /10 sess. /90 min. /C.A.T. <i>project</i> Indiv. /10 sess. /90 min. /I-CBT (Clarks and Wells, 1995)	GTCC: 58 ITCC: 36 PBO: 34 12 mois Âge, sexe, niveau TAS au pre- traitement	13-16 ans, 14,5 (1,01) /56.1 %	SPAI-C- enfant	F(2,44)=18,60, p<0,001* d=2,08 ITCC vs PB0: t(35):4,25, p<0,001, d=1,26 GTCC vs PBO: n.s.		

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co- Variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des scores de changements (pré-post-tx.) pour chaque groupe
	Groupe /10 sess. /90 min. /PBO	et dépression					
Masia- Warner <i>et al.</i> , 2007 (É.-U.)	École + Groupe /12 sess. /40 min. /SASS École + Groupe /12 sem. /40 min. /ESGF	SASS (E/GTCC): 19 ESGF: 17 6 mois	14-16 ans, 15,1 (0,06) /83 %	SPAI-C- enfant	F(1,26)=15,5, p<0,02* d=-1,3		
Sánchez- García et Olivares, 2009** (Espagne)	Indiv. /12 sess. /90 min. /IAFS-RC Indiv. /12 sess. /90 min.	IAFS-RC: 28 IAFS- SANS RC: 29 L.A.: 25	10-14 ans, 11,91 (1,33) /73 %	SPAI-C- enfant	F(2,80)= 52,240, p<0,01* T.E. : IAFS-RC vs IAFS-SANS RC : -0,34	6 mois : F(2,80)= 46,036, p<0,01 T.E. : IAFS-RC vs IAFS-SANS RC: +0,17	

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co- Variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des scores de changements (pré-post-tx.) pour chaque groupe
	/IAFS- SANS RC	6 mois et 12 mois				12 mois : IAFS- RC vs IAFS- SANS RC : +0,18	
Autres outils d'évaluation du trouble d'anxiété sociale							
Compton <i>et al.</i> , 2014 (É.-U.)	Indiv. (déduction) /12 sess. /60 min. /Coping Cat program	COMB: 140 (14) SRT: 133 (29) TCC: 139 (18) PBO: 76 (6)	8-17 ans 10,7 (2,8) /49,6 %	PARS - clinicien	T.E.: COMB vs TCC: -0,44 SRT vs TCC: -0,28 TCC vs PBO : -0,15		
Herbert <i>et al.</i> , 2009 (É.-U.)	Indiv. /12 sem. /1 h. /I-CBT (Heimberg, 1991) Groupe /12 sem. /2 h.	ITCC : 23 GTCC : 22 PST : 21	12-17 ans, 15 (N.D.) /75 %	SAS-C- enfant SAS-AP- Parent CGI-S - clinicien			Non significatif Non significatif Non significatif

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co- Variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des scores de changements (pré-post-tx.) pour chaque groupe
	/G-CBT (Heimberg, 1991) Groupe /12 sem. /2 h. /PST						
Ingul <i>et al.</i> , 2013 (Norvège)	Groupe /10 sess. /90 min. /C.A.T. <i>project</i> Indiv. /10 sess. /90 min. /I-CBT (Clarks and Wells, 1995) Groupe /10 sess.	GTCC: 58 ITCC: 36 PBO: 34 12 mois Âge, sexe, niveau TAS au pre- traitement et dépression	13-16 ans, 14,5 (1,01) /56,1 %	STABS- enfant SCARED (anxiété sociale)- enfant	F(2,45)=6,48, p<0,01* d=1,07 ITCC vs PBO: t(32)=2,07, p<0,001, d=0,84 GTCC vs PBO: n.s. F(2,48)=3,66, p<0,05* d=0,81 ITCC vs PBO:		

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co- Variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des scores de changements (pré-post-tx.) pour chaque groupe
	/90 min. /PBO				$t(31)=2,19$, $p<0,05$, $d=0,56$ GTCC vs PBO: n.s		
Masia- Warner <i>et al.</i> , 2007 (É.-U.)	École + Groupe /12 sess. /40 min. /SASS École + Groupe /12 sem. /40 min. /ESGF	SASS (E/GTCC): 19 ESGF: 17 6 mois	14-16 ans, 15,1 (0,06) /83 %	SAS-AP – parent SAS-AP (peur de l'évaluation négative) – parent SAS-AP (trouble d'anxiété sociale) – parent SAS-AP (total) – parent SAS-A (peur de	$F(3, 24)=0,9$, n.s n.d. $d= 0,2$ n.d. $d= -0,1$ n.d. $d= -0,2$ $F(1,26)=8,1$, $p<0,02^*$, $d= -1,0$		

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co- Variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des scores de changements (pré-post-tx.) pour chaque groupe
				l'évaluation négative) – enfant SAS-A (trouble d'anxiété sociale) – enfant SAS-A (total) – enfant	$F(1,26)=8,4$, $p<0,02^*$, $d=-1,2$ $F(1,26)=6,8$, $p<0,02^*$, $d=-0,8$		
Sánchez- García et Olivares, 2009 ** (Espagne)	Indiv. /12 sess. /90 min. /IAFS-RC Indiv. /12 sess. /90 min. /IAFS- SANS RC	IAFS-RC: 28 IAFS- SANS RC: 29 L.A.: 25 6 mois et 12 mois	10-14 ans, 11,91 (1,33) /73 %	SASC-R- Enfant	$F(2,80)=105,041$, $p<0,01^*$ T.E.: IAFS-SANS RC vs IAFS-RC: 0,66	6 mois: $F(2,80)=125,688$, $p<0,01$ T.E.: IAFS-SANS RC vs IAFS-RC: +0,01 12 mois: T.E.: IAFS-SANS RC vs IAFS-RC : +0,02	

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co- Variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous- échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi	Comparaison des scores de changements (pré-post-tx.) pour chaque groupe
				SASC-R (Peur de l'évaluation négative) - Enfant	F(2,80)=56,029, p<0,01*	F(2,80)=71,578, p<0,01	
				SASC-R (Peur des nouvelles situations)- Enfant	F(2,80)=39,314, p<0,01	F(2,80)=26,973, p<0,01	
				SASC-R (Générale) - Enfant	F(2,80)=117,659, p<0,01	F(2,80)=76,148, p<0,01	

***= la différence significative est en faveur du groupe ayant reçu la TCC, en ce sens qu'il y a une plus grande diminution des symptômes dans ce groupe; ** : Pour l'étude de Sanchez-Garcia et Olivares (2009), les résultats post-hoc présentés dans l'étude permettent de vérifier entre quels groupes la différence est significative, bien que l'anova inclue les trois groupes. Ref.:** Références; **Nbr.:** Nombre; **Prog.:** Programme; **Pts.:** Participants; **TAS:** Trouble d'anxiété sociale; **n:** Échantillon; **M:** Moyenne; **E.T.:** Écart-type; **Répond.:** Répondant; **Tx.:** Traitement; **ADIS-C/P:** *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSMIV: Parent and Child Versions* (Silverman et Albano, 1996); **É.-U.:** États-Unis; **Sess.:** Session; **Min.:** Minute; **SASS:** Skills for Social and Academic Success (Fisher *et al.*, 2004; Masia *et al.*, 1999); **Sem.:** semaine; **ESGF :** *Educational-Supportive Group Function* (Masia-Warner *et al.*, 2004); **E/GTCC:** Thérapie cognitivo-comportementale à l'école de groupe; **d:** D de Cohen; **ITT:** Analyses en intention de traitement; **SPAI-C:** *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (Beidel

et al., 1998); **Indiv.**: Individuelle; **H.**: Heure; **I-CBT**: *Individual cognitive-behavioral therapy* (Heimberg, 1991); **G-CBT**: *Group cognitive-behavioral therapy* (Heimberg, 1991); **PST**: *Psychoeducational-Supportive Therapy* (Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zollo et Becker, 1990); **ITCC**: Thérapie cognitivo-comportementale individuelle; **GTCC**: Thérapie cognitivo-comportementale de groupe; **n.d.**: Non disponible; **C.A.T. project**: (Kendall *et al.*, 2000); **I-CBT**: *Individual cognitive-behavioral therapy* (Clark et Wells, 1995); **PBO**: Placebo; **IAFS-RC**: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social avec restructuration cognitive* (Olivares, 2005); **IAFS-SANS RC**: *Intervención en Adolescentes con Fobia Social sans restructuration cognitive* (Olivares, 2005); **L.A.**: Liste d'attente; **T.E.**: Taille de l'effet; **vs**: Versus; **Coping Cat program**: (Kendall et Hedtke, 2006); **COMB**: Combinaison de Sertaline et de TCC; **SRT**: Sertaline (médication); **PBO**: Placebo; **PARS**: *Pediatric Anxiety Rating Scale* (Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group, 2002); **SAS-C**: *Social Anxiety Scale for Children* (La Greca et Stone, 1993); **SAS-AP**: *Social Anxiety Scale for Adolescents: Parent Version* (La Greca et Stone, 1993); **CGI-S**: *The Clinical Global Impression Scale—Severity* (National Institute of Mental Health, 1985); **STABS**: *The Social Thoughts and Beliefs Scales* (Turner et al., 2003); **SCARED**: *The Screen for Child Anxiety Related Disorders* (Birmaher *et al.*, 1999); **SAS-A**: *Social Anxiety Scale for Adolescents* (La Greca et Lopez 1998); **n.s.**: Non significatif; **SASC-R**: *Social Anxiety Scale for Children-revised* (La Greca et Stone, 1993).

2.5 Diminution des symptômes à l'ADIS-C/P (sévérité)

À l'ADIS-C/P (niveau de sévérité), l'étude (Masia-Warner *et al.*, 2007) ayant comparé les moyennes des groupes ayant reçu la TCC (SASS) à un groupe ayant reçu un autre type de traitement (ESGF) au pré et au post traitement présente des différences significatives en faveur du groupe ayant reçu la TCC, avec l'échantillon réel, dans les analyses en intention de traitement et dans les analyses plus sensibles. Cela signifie que les participants du groupe recevant la TCC (SASS) présentent moins de symptômes d'anxiété sociale à l'ADIS-C/P au post-traitement que les participants du groupe recevant l'autre traitement (ESGF). De plus, la taille de cet effet est forte de -1,9.

2.6 Diminution des symptômes au SPAI-C

Au SPAI-C, les deux études (Masia-Warner *et al.*, 2007; Sánchez-García et Olivares, 2009) ayant comparé les moyennes des groupes ayant reçu la TCC (SASS et IAFS-RC) à un groupe ayant reçu un autre type de traitement (ESGF et IAFS-SANS RC) au pré et au post-traitement présentent des différences significatives en faveur du groupe ayant reçu la TCC. Cela signifie que les participants du groupe recevant la TCC présentent une plus grande diminution des symptômes d'anxiété sociale au SPAI-C au post-traitement que le groupe contrôle. De plus, la taille de l'effet et la différence de tailles de l'effet sont respectivement de -0,34 (faible) et de -1,9 (forte).

Ingul *et al.* (2013) rapportent une différence significative pour la comparaison de ses trois groupes (modalité individuelle de TCC, modalité de groupe de TCC et placebo) au pré et au post-traitement, en utilisant comme co-variables l'âge, le sexe, le niveau d'anxiété sociale au pré-traitement et la dépression, avec une taille de l'effet de 2,08 (forte). Les analyses supplémentaires permettent de préciser qu'il y a une différence significative entre la modalité individuelle de TCC et le placebo, avec une taille d'effet de 1,26 (forte) et que ce sont les participants de la modalité individuelle qui ont une plus grande diminution

des symptômes. Toutefois, il n'y a pas de différence significative entre la modalité de groupe de la TCC et le placebo.

Une étude (Sánchez-García et Olivares, 2009) a comparé les moyennes d'intensité au SPAI-C, des groupes recevant la TCC (IAFS-RC) et un groupe recevant ce même traitement, sans composante cognitive (IAFS-SANS RC) du pré-traitement au suivi (six mois et douze mois) et elle présente également une différence significative, en faveur du groupe recevant la TCC. Ainsi, il est possible d'admettre que pour les participants du groupe recevant la TCC, en comparaison au groupe recevant un autre traitement, il y a une plus grande diminution des symptômes d'anxiété sociale au SPAI-C. De plus, la différence de tailles de l'effet présentée par cette étude est de 0,17 (faible) pour le suivi de six mois et 0,18 (faible) pour le suivi douze mois.

2.7 Diminution des symptômes aux autres outils de mesure du trouble d'anxiété sociale

Au PARS, une étude (Compton *et al.*, 2014) présente des différences de tailles de l'effet en comparant différents traitements, en ne tenant compte que des participants présentant un trouble d'anxiété sociale de son échantillon. La comparaison entre le groupe ayant reçu la combinaison de TCC (*CopingCat*) et de médication (sertaline) à la TCC est de 0,44, donc forte. La comparaison entre la médication (sertaline) et la TCC est de 0,28, donc modérée. Finalement, la TCC (*CopingCat*) comparée au placebo est de 0,15, donc faible. Ainsi, il est possible d'avancer que pour les enfants et les adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale, le programme de TCC et le placebo sont moins efficaces que la combinaison de médication et de TCC (*CopingCat*) pour diminuer les symptômes d'anxiété sociale.

Au SAS-AP, en comparant les moyennes d'intensité obtenues par le groupe ayant reçu la TCC (SASS) à ceux du groupe ayant reçu un autre traitement (ESGF) du pré au post-traitement, une étude (Masia-Warner *et al.*, 2007) présente des résultats non significatifs. Il en est de même pour la comparaison de ces deux groupes du pré, post au suivi de douze mois. Cela signifie que les scores obtenus au SAS-AP au post et au suivi de 12 mois par le groupe ayant reçu la TCC (SASS) ne sont pas significativement plus bas que ceux du groupe ayant reçu le traitement ESGF. D'ailleurs, pour les sous-échelles de cet outil, les tailles de l'effet varient de -0,1 à 0,2 (faibles).

Au SAS-A et au SASC-R, qui est une version pour enfant et révisé de cet outil, complété par l'enfant, deux études (Masia-Warner *et al.*, 2007; Sánchez-García et Olivares, 2009) ont comparé les moyennes d'intensité du groupe ayant reçu la TCC (SASS et IAFS-RC) à celles du groupe ayant reçu d'autres traitements (ESGF ou IAFS-SANS RC). Une étude présente une différence significative à l'outil en général, en faveur du groupe ayant reçu la TCC, avec une taille d'effet moyenne de 0,66 (Sánchez-García et Olivares, 2009). À la sous-échelle peur d'une évaluation négative de cet outil, les deux études rapportent des différences significatives, en faveur du groupe ayant reçu la TCC. L'une d'entre elles présente également une forte taille d'effet de -1,0 (Masia-Warner *et al.*, 2007). Pour ce qui est de la sous-échelle générale, une étude présente une différence significative en faveur du groupe ayant reçu la TCC, avec une forte taille d'effet de -0,8. Toutefois, l'autre étude présente une différence significative, en faveur de l'autre traitement (IAFS-SANS RC) (Sánchez-García et Olivares, 2009). Finalement, il en est de même pour la sous-échelle peur d'une nouvelle situation, une étude présente une différence significative en faveur du groupe ayant reçu la TCC avec une forte taille d'effet de -1,2, alors que l'autre présente une différence significative, en faveur de l'autre traitement (IAFS-SANS RC).

Une de ces deux études (Sanchez-Garcia et Olivares, 2009) a comparé les moyennes d'intensité du groupe recevant la TCC à celles du groupe recevant un autre traitement (IAFS-SANS RC) à ce même outil (SASC-R) du pré-traitement aux suivis de six mois et

de 12 mois. Au suivi six mois, pour l'outil général, les auteurs ont identifié une différence significative en faveur de l'autre traitement, avec une faible taille d'effet de 0,01. Au suivi de 12 mois, les auteurs ont obtenu des différences significatives aux trois sous-échelles de cet outil, mais toujours en faveur de l'autre traitement (IAFS-SANS RC).

Au STABS, Ingul *et al.* (2013) rapportent une différence significative pour la comparaison de ses trois groupes (modalité individuelle de TCC, modalité de groupe de TCC et placebo) au pré et au post-traitement, en utilisant comme co-variables l'âge, le sexe, le niveau d'anxiété sociale au pré-traitement et la dépression, avec une taille de l'effet de 1,07 (forte). Les analyses supplémentaires permettent de préciser qu'il y a une différence significative entre la modalité individuelle de TCC et le placebo, avec une taille d'effet de 0,84 (forte) et que ce sont les participants de la modalité individuelle qui ont une plus grande diminution des symptômes. Toutefois, il n'y a pas de différence significative entre la modalité de groupe de la TCC et le placebo.

Au SCARED pour la sous-échelle d'anxiété sociale, cette même étude rapporte une différence significative pour la comparaison de ses trois groupes (modalité individuelle de TCC, modalité de groupe de TCC et placebo) au pré et au post-traitement, en utilisant comme co-variables l'âge, le sexe, le niveau d'anxiété sociale au pré-traitement et la dépression, avec une taille de l'effet de 0,81 (forte). Les analyses supplémentaires permettent de préciser qu'il y a une différence significative entre la modalité individuelle de TCC et le placebo, avec une taille d'effet de 0,56 (moyenne) et que ce sont les participants de la modalité individuelle qui ont une plus grande diminution des symptômes. Toutefois, il n'y a pas de différence significative entre la modalité de groupe de la TCC et le placebo.

Au SAS-C, au SAS-P et au CGI, une étude (Herbert *et al.*, 2009) a comparé les scores de changement obtenus par les groupes ayant reçu la TCC (I-CBT) et ceux du groupe

ayant reçu un traitement (PST) au pré et au post-traitement. Aucune de ces comparaisons n'a permis d'identifier de différence significative.

3. EST-CE QU'UNE MODALITÉ DE TCC EST PLUS EFFICACE QUE LES AUTRES POUR ÉLIMINER LE DIAGNOSTIC OU RÉDUIRE LES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ SOCIALE AU POST-TRAITEMENT ET/OU AU SUIVI?

3.1 Caractéristiques des études ayant évalué la rémission des participants

Trois études répondent à cette question en termes de rémission. Elles sont présentées dans le tableau 8 (Ingul *et al.*, 2013; Spence *et al.*, 2000; Wergeland, Fjermestad, Marin, Haugland, Bjaastad, Oeding, *et al.*, 2014). Dans toutes ces études, les participants sont attribués à un groupe offrant une modalité de TCC de façon aléatoire. Les programmes de TCC varient d'une étude à l'autre, en ce qui concerne la fréquence et la durée des séances (10 à 12 sessions de 60 à 90 minutes) et en termes de modalités (individuelle, groupe et familiale). Les participants sont des enfants ou des adolescents âgés de 7 à 16 ans, provenant majoritairement de la Norvège, mais également de l'Australie. Les échantillons sont mixtes. La majorité des études portent sur des échantillons composés uniquement d'enfants ou d'adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale et une étude porte sur un échantillon composé d'enfants ou d'adolescents présentant différents diagnostics d'anxiété (anxiété généralisée, anxiété de séparation, phobie spécifique, etc.). Dans ce cas, seuls les résultats d'analyses ayant été réalisées sur les enfants ou les adolescents présentant un diagnostic primaire de trouble d'anxiété sociale ont été rapportés. Le nombre d'enfants ou d'adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale varie entre 41 et 43 dans cette étude. Globalement, lorsque l'on regarde le nombre de sujets dans les groupes en thérapie individuelle, il est de 36 et de 43, dans la thérapie de groupe il est de 19 à 58 et 17 participants sont dans une thérapie familiale de groupe. La thérapie familiale de groupe implique que le parent s'implique dans le traitement de l'enfant en appliquant des techniques enseignées par le thérapeute. De plus, ils observaient les enfants dans leur thérapie de groupe. Tous les participants avaient un diagnostic de trouble d'anxiété sociale au départ. Toutes les études ont comparé les taux de rémission avec le chi-carré.

Tableau 8

Caractéristiques et résultats des études ayant évalué la rémission des participants en comparant différentes modalités de TCC

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outil de mesure – répond.	Taux de rém. au post-tx.	Comparaison des taux de rém. au post- tx.	Taux de rém. au suivi	Comparaison des taux de rém. au suivi
Ingul <i>et al.</i> , 2013 (Norvège)	Groupe /10 sess. /90 min. /C.A.T. <i>project</i> Indiv. /10 sess. /90 min. /I-CBT (Clarks and Wells, 1995) Groupe /10 sess. /90 min. /PBO	GTCC: 58 ITCC: 36 PBO: 34 12 mois	13-16 ans, 14,5 (1,01)/ 56,1 %	ADIS- C/P- enfant			53,3 % 72,7 %	Non significatif
Spence <i>et al.</i> , 2000 (Australie)	Groupe + familial /12 sess.	GTCC: 19 F/GTCC: 17 L. A.: 14	7-14 ans, 11 (2,45) 10,94(1,92) 9,93 (1,77)	ADIS- C/P- parent/	58 % 87,5 %	χ^2 (1, n.d.)= 3,73, p=0,053 *F/GTCC	53 % 81 %	χ^2 (1, n.d.)= 2,97, p<0,08

	/1 h. + 30 min. jeux sociaux +2 boosters /SST	12 mois	/38 %	enfant combiné				
Wergeland <i>et al.</i> , 2014 (Norvège)	Indiv. /10 sess., dont 2 avec parents /60 min. /FRIENDS Program Groupe /10 sess., dont 2 avec parents /90 min. /FRIENDS Program	ITCC: 77(43) GTCC: 67(41) L.A.: 38(16)	8-15 ans, 11,5 (2,1) /53 %	ADIS- C/P- parent/ enfant combiné		Non significatif		

Ref.: Références; **Nbr.:** Nombre; **Prog.:** Programme; **Pts.:** Participants; **TAS:** Trouble d'anxiété sociale; **n:** Échantillon; **M:** Moyenne; **E.T.:** Écart-type; **Répond.:** Répondant; **Rém.:** Rémission; **Tx.:** Traitement; **Sess.:** Session; **Min.:** Minute; **C.A.T. project:** (Kendall *et al.*, 2000); **Indiv.:** Individuelle; **I-CBT:** *Individual cognitive-behavioral therapy* (Clark et Wells, 1995); **PBO:** Placebo; **GTCC:** Traitement cognitivo-comportemental de groupe; **ITCC:** Traitement cognitivo-comportemental individuel; **ADIS-C/P:** *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSMIV: Parent and Child Versions* (Silverman et Albano, 1996); **H.:** Heure; **SST:** Social skills training (Spence, 1995); **F/GTCC:** Thérapie cognitivo-comportementale familiale de groupe; **L.A.:** Liste d'attente; **n.d.:** Non disponible; **FRIENDS Program:** (Barrett, 2004).

3.2 Rémission au post-traitement

Au post-traitement, une étude (Spence *et al.*, 2000) comparant la modalité de groupe à la modalité familiale de groupe présente des taux de rémission respectivement de 58 % et de 87,5 % à l'ADIS-C/P, en ce sens que ces participants ont perdu leur diagnostic de trouble d'anxiété sociale. En comparant les taux de rémission des groupes recevant la TCC de groupe au groupe recevant la TCC familiale de groupe, cette même étude rapporte une différence significative, avec une meilleure rémission dans les groupes recevant le traitement familial de groupe, suggérant ainsi que l'implication des parents dans le traitement serait bénéfique pour la perte du diagnostic.

Une autre étude (Wergeland *et al.*, 2014) a comparé des taux de rémission d'un groupe recevant une modalité individuelle de TCC à ceux d'un groupe recevant une modalité de groupe de ce traitement. Elle n'a pas identifié de différence significative entre ces deux modalités de traitement, pour les enfants et les adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale de son échantillon.

3.3 Rémission au suivi

Au suivi de 12 mois, deux études (Ingul *et al.*, 2013; Spence *et al.*, 2000) ont comparé différentes modalités de traitement. La première étude a comparé la modalité individuelle à la modalité de groupe de la TCC. Elle présente des taux de rémission de 72,7 % pour la modalité individuelle et de 53,3 % pour la modalité de groupe. En comparant ces deux taux de rémission, les auteurs de cette étude ne rapportent pas de différence significative. Cela signifie donc qu'il n'y a pas une modalité meilleure qu'une autre pour enrayer le diagnostic d'anxiété sociale.

La seconde étude a comparé la modalité de groupe à la modalité familiale de groupe de la TCC. Elle présente des taux de rémission à l'ADIS-C/P de 53 % pour la modalité de groupe

et de 81 % pour la modalité familiale de groupe. En comparant ces taux de rémission, les auteurs n'ont pas identifié de différence significative. Cela signifie qu'au suivi de 12 mois, l'implication des parents dans la TCC de groupe ne se démarque pas du traitement de groupe simple.

3.4 Caractéristiques des études ayant évalué la diminution des symptômes d'anxiété sociale

Quatre études répondent à cette question en termes de diminution des symptômes, elles sont présentées dans le tableau 9 (Ingul *et al.*, 2013 ; Liber, Van Widenfelt, Utens, Ferdinand, Van der Leeden, Gastel *et al.*, 2008 ; Spence *et al.*, 2000 ; Wergeland *et al.*, 2014). Dans ces études, plusieurs modalités de la TCC sont comparées (groupe, familiale et individuelle). Dans toutes ces études, les participants sont attribués à un groupe de façon aléatoire. Les programmes de TCC varient en termes de fréquence et de durée (10 à 12 sessions de 60 à 90 minutes). Les participants sont des enfants ou des adolescents âgés de 7 à 16 ans, majoritairement de la Norvège, mais également de l'Australie et des Pays-Bas. Les participants de ces études sont mixtes. La majorité des études portent sur des échantillons composés uniquement d'enfants ou d'adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale et deux études portent sur un échantillon composé d'enfants ou d'adolescents présentant différents diagnostics d'anxiété (anxiété généralisée, trouble d'anxiété sociale, anxiété de séparation, phobie spécifique, etc.). Dans ces cas, seuls les résultats d'analyses ayant été réalisées sur les enfants ou les adolescents présentant un diagnostic primaire de trouble d'anxiété sociale ont été rapportés. Le nombre d'enfants ou d'adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale qui est présenté entre parenthèses dans les tableaux, dans la colonne des devis, varie entre 10 et 43 dans ces études. Globalement, lorsque l'on regarde le nombre de sujets dans les groupes en thérapie individuelle, il se situe entre 10 à 43, dans la thérapie de groupe il se situe entre 12 et 58 et 17 participants sont dans une thérapie familiale. Il est important de mentionner que dans l'ensemble des études, tous les participants avaient un diagnostic de trouble d'anxiété sociale au départ. Les moyennes des groupes recevant différentes modalités de TCC ont été comparées à l'aide d'anovas à mesures répétées, des deux façons suivantes a) entre le

pré et le post traitement ou b) entre le pré et le suivi. Finalement, une étude présente des tailles de l'effet l'aide du d de Cohen.

Tableau 9

Caractéristiques et résultats des études ayant évalué la diminution des symptômes d'anxiété sociale entre un groupe expérimental recevant une modalité de TCC et un groupe contrôle recevant une autre modalité de TCC

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co-variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous-échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi
ADIS-C/P (Sévérité)						
Spence <i>et al.</i> , 2000 (Australie)	Groupe + familial /12 sess. /1 h. + 30 min. jeux sociaux +2 <i>boosters</i> /SST	GTCC: 19 F/GTCC: 17 L. A.: 14 6 mois et 12 mois	7-14 ans, 11 (2,45) 10,94(1,92) 9,93 (1,77) /38 %	ADIS-C/P - parent/ enfant	Non significatif	Non significatif
SPAI-C (Enfant)						
Ingul <i>et al.</i> , 2013 (Norvège)	Groupe /10 sess. /90 min. /C.A.T. <i>project</i> Indiv. /10 sess. /90 min. /I-CBT (Clarks and Wells, 1995)	GTCC: 58 ITCC: 36 PBO: 34 12 mois Âge, sexe, niveau TAS au pre-traitement et dépression	13-16 ans, 14,5 (1,01) /56,1 %	SPAI-C- enfant	F(2,44)=18,60, p<0,001 d=2,08 ITCC vs GTCC: t(35)=6,34, p<0,001, d=1,94 *ITCC	

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co-variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous-échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi
	Groupe /10 sess. /90 min. /PBO					
Wergeland <i>et al.</i> , 2014 (Norvège)	Indiv. /10 sess., dont 2 avec parents /60 min. <i>/FRIENDS Program</i> Groupe /10 sess. /90 min., dont 2 avec parents <i>/FRIENDS Program</i>	ITCC: 77(43) GTCC: 67(41) Ctrl.: 38(16) 1 an Âge, niveau anxiété au pré- traitement et symptômes de dépression	8-15 ans, 11,5 (2,1) /53 %	SPAI-C- enfant	Non significatif	

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co-variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous-échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi
Autres outils d'évaluation du trouble d'anxiété sociale						
Ingul <i>et al.</i> , 2013 (Norvège)	Groupe /10 sess. /90 min. <i>/C.A.T. project</i> Indiv. /10 sess. /90 min. <i>/I-CBT (Clarks and Wells, 1995)</i> Groupe /10 sess. /90 min. /PBO	GTCC: 58 ITCC: 36 PBO: 34 12 mois Âge, sexe, niveau TAS au pre-traitement et dépression	13-16 ans, 14,5 (1,01) /56,1 %	STABS- enfant SCARED- (anxiété sociale)- enfant	F(2,45)=6,48, p<0,01 <i>d</i> =1,07 ITCC vs GTCC: t(35)=4,18, p<0,001, <i>d</i> =1,03 *ITCC F(2,48)=3,66, p<0,05 <i>d</i> =0,81 ITCC vs GTCC: t(35)=2,52, p<0,05, <i>d</i> =0,59 *ITCC	

Réf. (pays)	Modalité /Nbr. de session /Durée des sessions /Prog.	Devis : Nbr. Pts. (TAS) Suivi Co-variables	n: Étendue d'âge, M. (E.T.) / % filles	Outils de mesure (sous-échelle) – répond.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le post-tx.	Comparaison des moyennes entre les groupes et entre le pré et le suivi
Liber <i>et al.</i> , 2008 (Pays-Bas)	Indiv. /10 sess. + 4 avec parents /60 min. /FRIENDS Program Groupe /10 sess. + 4 avec parents /90 min. /FRIENDS Program	ITCC: 62 (10) GTCC: 65 (12)	8-12 ans, 10,13 (1,22) Garçons 10,08 (1,40) Filles 9,88 (1,09) Garçons 10,13 (1,47) Filles / 44 %	MASC-enfant	Non significatif**	
Spence <i>et al.</i> , 2000 (Australie)	Groupe + familial /12 sess. /1 h. + 30 min. jeux sociaux +2 boosters /SST	GTCC: 19 F/GTCC: 17 L. A.: 14 6 mois et 12 mois	7-14 ans, 11 (2,45) 10,94(1,92) 9,93 (1,77) /38 %	SCAS- (anxiété sociale)- enfant	Non significatif	Non significatif

*= la différence significative est en faveur de ce groupe; **= Analyse provenant d'une analyse de régression; Ref.: Références; Nbr.: Nombre; Prog.: Programme; Pts.: Participants; TAS: Trouble d'anxiété sociale; n: Échantillon; M: Moyenne; E.T.: Écart-type; Répond.: Répondant; Tx.: Traitement; ADIS-C/P: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSMIV: Parent and Child Versions (Silverman et Albano, 1996); Sess.: Session; H.: Heure; Min.: Minute; SST: Social skills training (Spence, 1995); GTCC: Thérapie cognitivo-comportementale de groupe; F/GTCC: Thérapie cognitivo-

comportementale familiale de groupe; **L.A.:** Liste d'attente; **SPAI-C:** *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (Beidel *et al.*, 1998); **C.A.T. project:** (Kendall *et al.*, 2000); **Indiv.:** Individuelle; **I-CBT:** *Individual cognitive-behavioral therapy* (Clark *et al.*, 1995); **PBO:** Placebo; **ITCC:** Thérapie cognitivo-comportementale individuelle; **FRIENDS Program:** (Barrett, 2004); **Ctrl.:** Contrôle; **STABS:** The Social Thoughts and Beliefs Scales (Turner *et al.*, 2003); **SCARED:** *The Screen for Child Anxiety Related Disorders* (Birmaher *et al.*, 1999); **MASC:** *The Multidimensional Anxiety Scale for Children* (March *et al.*, 1997); **SCAS:** *Spence Children's Anxiety Scale* (Spence, 1998).

3.5 Diminution des symptômes à l'ADIS-C/P (sévérité)

À l'ADIS-C/P (sévérité), en comparant les moyennes d'intensité d'un groupe ayant reçu une modalité de groupe et ceux d'un groupe ayant reçu une modalité individuelle de TCC au pré et au post-traitement, une étude (Spence *et al.*, 2000) rapporte des résultats non significatifs. Cette étude ne rapporte aucun résultat significatif pour ces mêmes groupes entre le pré-traitement et le suivi.

3.6 Diminution des symptômes au SPAI-C

Deux études (Wergeland *et al.*, 2014) ont comparé les moyennes d'intensité obtenues au SPAI-C par un groupe ayant reçu une modalité de groupe à un groupe ayant reçu une modalité individuelle de TCC, du pré au post-traitement. Wergeland *et al.* (2014), en utilisant comme co-variables l'âge, le niveau d'anxiété au pré-traitement et les symptômes de dépression, rapportent des résultats non significatifs à la suite de ces analyses. En revanche, Ingul *et al.* (2013) rapportent une différence significative pour la comparaison de ses trois groupes (modalité individuelle de TCC, modalité de groupe de TCC et placebo), au pré et au post-traitement, en utilisant comme co-variables l'âge, le sexe, le niveau d'anxiété sociale au pré-traitement et la dépression, avec une taille de l'effet de 2,08 (forte). Les analyses supplémentaires permettent de préciser qu'il y a une différence significative entre les deux modalités avec une taille d'effet de 1,94 et que ce sont les participants de la modalité individuelle qui ont une plus grande diminution des symptômes.

3.7 Diminution des symptômes aux autres outils de mesure du trouble d'anxiété sociale

Au STABS, Ingul *et al.* (2013) rapportent une différence significative pour la comparaison de ses trois groupes (modalité individuelle de TCC, modalité de groupe de TCC et placebo) au pré et au post-traitement, en utilisant comme co-variables l'âge, le sexe, le niveau d'anxiété sociale au pré-traitement et la dépression, avec une taille de l'effet de

1,07 (forte). Les analyses supplémentaires permettent de préciser qu'il y a une différence significative entre les deux modalités avec une taille d'effet de 1,03 (forte) et que ce sont les participants de la modalité individuelle qui ont une plus grande diminution des symptômes.

Au SCARED pour la sous-échelle d'anxiété sociale, cette même étude rapporte une différence significative pour la comparaison de ses trois groupes au pré et au post-traitement, en utilisant comme co-variables l'âge, le sexe, le niveau d'anxiété sociale au pré-traitement et la dépression, avec une taille de l'effet de 0,81 (forte). Les analyses supplémentaires permettent de préciser qu'il y a une différence significative entre les deux modalités avec une taille d'effet de 0,59 (moyenne) et que ce sont les participants de la modalité individuelle qui ont une plus grande diminution des symptômes.

Au MASC, une étude (Liber *et al.*, 2008) a comparé les moyennes d'intensité d'un groupe recevant une modalité de groupe à un groupe recevant une modalité individuelle de TCC entre le pré et le post-traitement. Elle rapporte une différence non significative.

Au SCAS (sous-échelle d'anxiété sociale), en comparant les moyennes d'intensité d'un groupe ayant reçu une modalité de groupe à un groupe ayant reçu une modalité familiale de groupe de TCC au pré et au post-traitement, une étude (Spence *et al.*, 2000) rapporte des résultats non significatifs, signifiant qu'une modalité ou l'autre n'est pas plus efficace pour la diminution des symptômes d'anxiété sociale.

Pour cette même sous-échelle, l'étude de Spence *et al.* (2000) a comparé les résultats d'un groupe ayant reçu une modalité de groupe à un groupe ayant reçu une modalité familiale de groupe de TCC du pré-traitement au suivi de six mois, puis du pré-traitement au suivi de 12 mois. Elle rapporte des différences non significatives aux deux

temps mesurés. Cela signifie qu'aucune de ces modalités n'est plus efficace que l'autre pour la diminution des symptômes d'anxiété sociale évalués par le SCAS à long terme.

SIXIÈME CHAPITRE DISCUSSION

1. LES EFFETS DE LA TCC

En examinant les 12 études sélectionnées, il est possible de constater qu'elles sont hétérogènes en ce qui concerne la modalité de traitement (groupe, familiale, individuel, durée, nombre de séances, etc.), bien qu'elles restent toutes de la TCC. Il y a également une différence au sujet de la participation des parents au traitement ou non, tout le traitement ou non, etc. Ces différences peuvent interférer sur la validité interne de l'étude, tout comme le fait que ces études présentent toutes certaines limites. En effet, les 12 études recensées sont, de façon générale, de bonne qualité. Entre autres, il s'agit toutes d'études randomisées. Toutefois, elles présentent toutes certaines limites comme un échantillon composé seulement de filles, un haut taux d'attrition, des échantillons composés de diagnostics mixtes, etc. De plus, certaines précisions concernant la qualité des études sont manquantes (méthode de randomisation, attrition, évaluation à l'aveugle). Pour être publiées, certaines études ont eu à retirer des informations comme celles-ci, ce qui a un impact important sur l'évaluation de la qualité de ces études.

Le premier objectif de cette étude était de déterminer si les programmes de TCC sont efficaces pour favoriser la rémission, c'est-à-dire éliminer le diagnostic, ou réduire les symptômes des enfants ou des adolescents qui présentent un diagnostic de trouble d'anxiété sociale en comparant un groupe qui reçoit un programme de TCC à un groupe ne recevant aucun traitement. En termes de rémission, les résultats des études recensées démontrent que les enfants qui reçoivent la TCC ont significativement plus de chance de perdre leur diagnostic de trouble d'anxiété sociale comparativement aux enfants qui ne reçoivent pas de traitement. En termes de diminution des symptômes, les résultats des études recensées révèlent des différences significatives en faveur du groupe traitement sur plusieurs instruments de mesure de sévérité du trouble d'anxiété sociale. Il est donc possible

d'avancer que la TCC est plus efficace qu'aucun traitement pour éliminer le diagnostic et réduire les symptômes associés au trouble d'anxiété sociale, mais impossible d'identifier un programme en particulier.

Le deuxième objectif de cette étude était de déterminer si les programmes de TCC (SASS, I-CBT, G-CBT, IAFS-RC, *C.A.T. Project*, *Coping Cat*) sont plus efficaces que les autres types d'interventions disponibles pour éliminer le diagnostic ou réduire les symptômes de cette clientèle en comparant un programme de TCC à un autre traitement (ESGF, IAFS-SANS RC, PST ou placebo). En termes de rémission, la seule étude recensée démontre que la TCC est plus efficace qu'un traitement sur les habiletés sociales. Toutefois, puisqu'il n'y a qu'une étude qui répond à cette question, il serait prématuré d'affirmer qu'un programme de TCC est plus efficace que ce traitement ou que d'autres traitements pour éliminer le diagnostic du trouble d'anxiété sociale chez les enfants ou les adolescents. En termes de diminution des symptômes, les résultats des études recensées démontrent que la TCC est plus efficace que d'autres traitements (développement d'habiletés sociales, placebo, soutien psychoéducatif, traitement comportemental) pour diminuer les symptômes du trouble d'anxiété sociale mesurés à l'aide de différents outils d'évaluation. Il est donc possible d'affirmer que les programmes de TCC sont plus efficaces que ces traitements pour enrayer le diagnostic du trouble d'anxiété sociale ou en réduire les symptômes, mais impossible d'identifier un programme de TCC en particulier. De plus, il est important de mentionner, que le programme de thérapie comportementale (IAFS-SANS RC) s'est avéré plus efficace que la TCC sur quelques outils de mesure dans l'étude de Sánchez-García et Olivares (2009). Ce résultat tend à confirmer l'hypothèse selon laquelle l'exposition graduelle serait la pierre angulaire de la TCC, tel que mentionné par plusieurs auteurs (Leahy, 2003; Swinson, 2006; Damschroder *et al.*, 2009; Otto *et al.*, 2011).

Le troisième objectif de cette étude était de déterminer si une modalité de TCC (familial, groupe, individuel, scolaire, etc.) était plus efficace que les autres pour éliminer

le diagnostic ou réduire les symptômes d'anxiété sociale. En termes de rémission, une seule étude sur trois présente une différence significative en comparant deux modalités de TCC, soient de groupe et familiale de groupe. Dans cette étude, la modalité familiale de groupe est la plus efficace pour la rémission du trouble d'anxiété sociale. En termes de diminution de symptômes, encore une fois, une seule étude présente des résultats significatifs en comparant deux modalités de TCC, soit de groupe et individuelle. Aux trois outils présentés, une différence significative est présentée en faveur de la TCC en modalité individuelle. Dans ce contexte, il serait prématuré d'affirmer hors de tout doute que la modalité familiale est plus efficace que les autres pour permettre la rémission du trouble d'anxiété sociale ou que la modalité individuelle de la TCC est plus efficace que les autres pour réduire les symptômes du trouble d'anxiété sociale.

2. FORCES ET LIMITES

Cette recension des écrits est la première à s'intéresser de façon systématique uniquement à l'efficacité de la TCC au regard du trouble d'anxiété sociale chez les enfants et les adolescents. Elle a également le mérite de porter un regard critique sur les résultats recensés en portant une attention particulière à la qualité des études recensées. Elle s'appuie sur la méthode proposée par le *Center for Reviews and Dissemination* (2008). En effet, toutes les étapes de cette recension systématique des écrits sont décrites avec transparence et elles sont reproductibles. De plus, plusieurs étapes (identification des études, sélection des études et extractions des données) ont été validées à l'aide d'un accord interjuge entre l'auteur de la recension et la directrice de recherche, augmentant ainsi la validité interne et externe de la recension.

Au cours de la réalisation de cette recension, certaines études ont été mises de côté, car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion de la présente recension. Ainsi, le nombre d'études sélectionnées dans la présente recension systématique des écrits est relativement faible. Entre autres, pour répondre à la question au sujet de la comparaison de

la TCC à un autre traitement en termes de rémission, il n'y a qu'une seule étude existante. Cela diminue donc la généralisabilité des résultats de cette recension systématique des écrits. Des critères d'inclusion moins sévères auraient pu pallier cette limite, par exemple l'inclusion d'études à devis quasi expérimental dans cette recension.

Le biais de publication a été contrôlé dans cette recension, car plusieurs méthodes de recherches de littérature grise ont été utilisées. De plus, plusieurs auteurs ont été contactés afin de savoir s'ils avaient des ouvrages non publiés. Toutefois, malgré l'utilisation de plusieurs stratégies de recherche afin de diminuer les biais de publications, il est possible que des études non publiées ou publiées après la date de la recherche ne fassent pas partie du présent mémoire. En effet, la présente recension a été débutée en septembre 2014, il est donc inévitable que cette situation se soit produite. Réaliser une recension systématique devrait donc se faire dans des délais plus courts ou des mises à jour des dernières études publiées pourraient être faites, afin d'éviter cette limite.

Les risques de biais évalués lors de l'évaluation de la qualité des études ont été inspirés du protocole du *Center for Review and Dissemination* (2008). Par contre, des risques de biais inspirés davantage des recensions systématiques portant sur des évaluations d'efficacité des traitements, auraient été plus pertinents à évaluer dans le cadre de la présente recension systématique des écrits, puisque toutes les études sélectionnées ont un devis expérimental. Par exemple, l'évaluation de l'application d'un manuel de traitement ou le contrôle des présences au traitement, auraient pu faire partie de ces risques de biais à évaluer en lien avec l'évaluation d'efficacité des traitements. Toutefois, malgré ces limites, des implications cliniques et des orientations pour les futures études résultent de ce mémoire.

Tel que mentionné plus haut, le présent mémoire n'a pas permis d'identifier un programme de TCC comme plus efficace qu'un autre, puisque les études étaient trop

hétérogènes quant aux programmes de TCC utilisés. Toutefois, les composantes de traitement (exposition graduelle, relaxation, restructuration cognitive, entraînement aux habiletés sociales, etc.) auraient pu être identifiées pour chaque programme utilisé et comparées, afin de tenter de faire des liens quant à l'efficacité des programmes de TCC.

3. RETOMBÉES CLINIQUES

Dans un premier temps, le présent mémoire démontre que le traitement cognitivo-comportemental est plus efficace qu'aucun traitement pour enrayer ou diminuer les symptômes associés au diagnostic de trouble d'anxiété sociale. Cela démontre l'importance d'offrir des services aux enfants ou aux adolescents qui reçoivent un diagnostic d'anxiété sociale. En effet, une fois le diagnostic posé, la TCC devrait être proposée afin de permettre à l'enfant ou à l'adolescent de perdre ou de diminuer ses symptômes d'anxiété sociale et ainsi, éviter plusieurs conséquences à long terme du trouble d'anxiété sociale.

Sachant que la TCC est une pratique probante pour enrayer et diminuer les symptômes associés aux troubles anxieux, c'est-à-dire tout diagnostic d'anxiété confondu (trouble d'anxiété social, anxiété de séparation, etc.) (*Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2012), le présent mémoire abonde en ce sens en spécifiant son efficacité pour le trouble d'anxiété sociale précisément chez les enfants et les adolescents. En effet, afin de simplifier le choix d'un traitement pour le trouble d'anxiété sociale chez les enfants pour les différents cliniciens, les résultats du présent mémoire suggèrent que les programmes de TCC sont plus efficaces que certains autres traitements (ateliers d'habiletés sociales, psychoéducation, etc.). Toutefois, le programme de thérapie comportementale (IAFS-SANS RC) s'est avéré plus efficace que la TCC à quelques outils de mesure dans l'étude de Sánchez-García et Olivares (2009). Tel que mentionné plus haut, cela vient appuyer que l'exposition graduelle serait la pierre angulaire de la TCC. Il est donc

important pour les intervenants de garder en tête que cette composante est primordiale dans le traitement du trouble d'anxiété sociale.

À la lumière des résultats présentés dans la présente recension, la modalité selon laquelle la TCC est offerte (individuel, groupe, familial, etc.) ne semble pas avoir un impact majeur sur l'efficacité du traitement. Pour les cliniciens, cela facilite l'utilisation de la TCC en ce sens que si, pour une quelconque raison, une modalité de traitement est choisie plutôt qu'une autre, cela ne nuira pas à l'efficacité de ce dernier. Entre autres, dans un contexte de coût-efficacité, une modalité de groupe pourrait être à privilégier, sans craindre d'en diminuer l'efficacité. Tout comme, dans un contexte scolaire, un traitement offert à l'école en groupe pourrait être administré sans doute d'en minimiser l'efficacité. En terminant, plusieurs études ont ajouté l'implication parentale et, encore une fois, cela ne semble pas avoir modifié l'efficacité du traitement.

Finalement, le présent mémoire ne permet pas d'identifier un programme de TCC meilleur qu'un autre. Toutefois, la TCC en générale est identifiée comme efficace pour enrayer ou diminuer les symptômes d'anxiété sociale chez les enfants et les adolescents. Malgré cette efficacité, il reste une proportion d'enfants et d'adolescents pour qui elle ne fonctionne pas. Il serait donc important pour les intervenants de porter une attention particulière aux caractéristiques des enfants pour qui la TCC est moins efficaces.

4. PISTES POUR LES ÉTUDES FUTURES

Selon les critères de niveaux de preuves pour permettre d'identifier la TCC comme pratique probante, il faudrait réaliser une autre étude randomisée comparant la TCC à un autre traitement pour les enfants et les adolescents présentant un diagnostic de trouble d'anxiété sociale. En effet, une seule étude randomisée a comparé la TCC à un autre traitement en termes de rémission en utilisant l'ADIS-C/P, dans cette recension. Ainsi, il

serait pertinent que des auteurs s'y penchent afin d'orienter les professionnels de l'intervention en comparant une fois de plus les programmes de TCC à d'autres traitements dans une étude randomisée pour les enfants et les adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale et en tenant compte des autres critères proposés par Chambless et Ollendick (2001), comme l'utilisation d'un manuel de traitement.

De plus, une étude comparant le traitement pharmacologique à la TCC et à une combinaison de ces deux traitements pourrait être pertinente en traitant d'un échantillon composé uniquement d'enfants ou d'adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale. Cela permettrait de répondre à une question importante pour les intervenants et inquiétante pour plusieurs parents quant à la pharmacologie versus les traitements psychosociaux. Cette étude pourrait prendre la forme d'une étude à devis expérimental, évaluant à court et à long terme l'efficacité de la TCC en comparaison à la pharmacologie en s'assurant de la qualité d'implantation du programme de TCC utilisé (manuel de traitement et contrôle des présences au traitement).

Afin d'améliorer la validité interne des études primaires portant sur l'efficacité des traitements cognitivo-comportementaux destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale, plusieurs points pourraient être à améliorer. D'abord, comme l'évaluation de la qualité des études l'a mis en lumière, puisque la participation à l'aveugle demeure plus complexe dans les études d'évaluation d'efficacité des traitements psychosociaux, l'évaluation du diagnostic devrait se faire par un évaluateur à l'aveugle avant et après le traitement. L'évaluation de la qualité des études a également fait ressortir l'attrition comme problématique. Il serait donc important de continuer de suivre le plus possible les participants, même s'ils ont abandonné le traitement. Dans le cas où ce ne serait pas possible, il serait important de continuer les analyses en intention de traitement. Finalement, le traitement devrait être administré par un intervenant formé et les lignes directrices du traitement devraient être claires. De plus, de la supervision devrait être faite

pour s'assurer la qualité du traitement offert ou de l'évaluation réalisée, s'il y a plus d'un intervenant ou évaluateur, en utilisant, par exemple des enregistrements audios ou vidéos.

En ce qui a trait à la validité externe des études, les échantillons des études s'intéressant au trouble d'anxiété sociale devraient être composés uniquement d'enfants ou d'adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale et non de plusieurs diagnostics d'anxiété, car cela diminue le nombre de participants présentant un trouble d'anxiété sociale par groupe. Les échantillons devraient être mixtes. L'implication parentale devrait être considérée ou même mesurée, c'est-à-dire évaluer la place qu'elle occupe dans le traitement. Pour les échantillons composés d'adolescents, une évaluation de la consommation d'alcool ou de drogues devrait être faite auprès des participants, puisque la consommation peut diminuer l'anxiété. Il faudrait également prendre en considération les possibles comorbidités au diagnostic du trouble d'anxiété sociale.

Dans le cadre d'une évaluation d'efficacité d'un traitement, un suivi après le traitement devrait être réalisé, pour déterminer si les enfants ou les adolescents présentant un trouble d'anxiété sociale conservent les bienfaits de la TCC après un mois ou un an suivant le traitement.

Finalement, comme il l'est démontré dans le présent mémoire, la TCC est efficace, mais la rémission des enfants recevant la TCC n'est pas parfaite. Il serait donc pertinent de procéder à l'identification des facteurs associés à l'efficacité des traitements dans les prochaines études. La connaissance de ces variables est importante, puisqu'elle permettra d'identifier des similarités entre les divers programmes de TCC visant la diminution ou la disparition des symptômes d'anxiété sociale (Tougas et Tourigny, 2013). De plus, l'étude des facteurs associés à l'efficacité des programmes de TCC permettrait également de prendre connaissance des effets plus larges ou inattendus du traitement, comme des aspects sociaux ou biologiques, améliorant la qualité de vie des participants (*Ibid.*). Pour les

intervenants, l'étude des facteurs associés permettrait d'identifier les composantes primordiales dans le traitement en plus de cibler le type d'utilisateur pour qui le traitement serait le plus approprié (*Ibid.*). De plus, l'identification de ces facteurs permettrait de supporter l'intervenant dans le choix de la clientèle auprès de qui il utilisera ce traitement et même de personnaliser le traitement selon les spécificités des usagers (*Ibid.*).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Les études précédées d'un astérisque sont les études qui font partie de la recension préliminaire des écrits. Les études précédées de deux astérisques sont les études qui font partie de la recension systématique des écrits.

- Albano, A.M., Marten, P.A. et Holt, C.S. (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Manuscrit non publié, The University at Albany, State University of New-York. NY.
- Albano, A.M., Marten, P.A., Holt, C.S., Heimberg, R.G. et Barlow, D.H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents: A preliminary study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(10), 649-656.
- Alfano, C.A., Pina, A.A., Villalta, I.K., Beidel, D.C., Ammerman, R.T. et Crosby, L.E. (2009). Mediators and moderators of outcome in the behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(9), 945-953.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (1^{ère} éd. 1952).
- Anderson, J.C., Williams, S.M., McGee, R. et Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Antony, M.M. (1997). Assessment and treatment of social phobia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(8), 826-834.
- Barrett, P.M. (2005). *FRIENDS for Life: Group leaders' manual for children* (4^e éd.). Bowen hill: Australian academic Press. (1^{ère} éd. 1996).
- Barrett, P.M., Dadds, M.R. et Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342.
- Barrett, P.M. et Ollendick, T.H. (Dir.) (2004). *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. New York: John Wiley et Sons.
- Beck, A.T., Emery, G. et Greenberg, R.L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books.

- Bee, H. et Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie: Psychologie du développement humain* (Trad. par F. Gosselin) (4^e éd.). Saint-Laurent: ERPI. (1^{ère} éd. 1994).
- *Beidel, D. C., Ferrell C., Alfano C. A. et Yeganeh R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 831-46.
- Beidel, D.C. et Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. et Morris, T.L. (1998). *Social phobia and anxiety inventory for children (SPAI-C). User's manual*. North Tonawanda: Multi-Health Systems Inc.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. et Morris, T.L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-450.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. et Morris, T.L. (2003). *Social effectiveness therapy for children and adolescents (SET-C)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., Sallee, F.R., Ammerman, R.T., Crosby, L.A. et Pathak, S. (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1622-1632.
- Birmaher, B., Brent, D.A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S. et Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Cully, M. Ed., Brent, D. et McKenzie, S. (1995). *Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) Child version*. (Grille d'évaluation). University of Pittsburgh: Western Psychiatric Institute and Clinic.
- Bracha, H.S. (2004). Freeze-flight-fight-fright-faint: Adaptationist perspective on the acute stress response spectrum. *CNS Spectrums*, 9(9), 679-685.
- Center for Reviews and Dissemination (2008). *Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. Laverthorpe: University of York.
- Chambless, D.L. et Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D.L. et Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

- *Chavira, D.A. et Stein, M.B. (2005). Childhood social anxiety disorder: From understanding to treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 797-818.
- Clark, D.M. et Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 41(68), 69-93.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2^e éd.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. (1^{ère} éd. 1977)
- **Compton, S.N., Peris, T.S., Almirall, D., Birmaher, B., Sherrill, J., Kendall, P.C. *et al.* (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: Results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 212-224.
- Corbière, M. et Larivière, N. (dir.) (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Costa Cabral Mululo, S., Bezerra de Menezes, G., Vigne, P. et Fontenelle, L. (2012). A review on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder. *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association*, 34, 92-100.
- Crawley, S.A., Beidas, R.S., Benjamin, C.L., Martin, E. et Kendall, P.C. (2008). Treating socially phobic youth with CBT: Differential outcomes and treatment considerations. *Cambridge University Press*, 36(4), 379-389.
- Crawley, S.A., Kendall, P.C., Benjamin, C.L., Brodman, D.M., Wei, C., Beidas, R.S. *et al.* (2013). Brief cognitive-behavioral therapy for anxious youth: Feasibility and initial outcomes. *Cognitive and behavioral practice*, 20(2), 123-133.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. et Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 50.
- Fedoroff, I.C. et Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 311-324.
- Fergus, T.A., Valentiner, D.P., Kim, H.S. et Stephenson, K. (2009). The social thoughts and beliefs scale: Psychometric properties and its relation with interpersonal functioning in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 425-431.
- Feske, U. et Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Fisher, P.H., Masia-Warner, C. et Klein, R.G. (2004). Skills for social and academic success: A school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 241-249.

- Fortin, M.F. et Gagnon, G. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Montréal, Québec: Chenelière éducation. (1^{ère} éd. 2005).
- **Gallagher, H.M., Rabian, B.A. et McCloskey, M.S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(4), 459-479.
- Ginsburg, G.S., La Greca, A.M. et Silverman, W. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 175–185.
- Ginsburg, G.S. et Schlossberg, M.C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 143-154.
- Gouvernement du Canada (2006). *The human face of mental health and mental illness in Canada*. Canada: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Greenberg, P.E. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 427-435.
- **Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M., Thienemann, M., Henderson, L. et Schatzberg, A.F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 721-726.
- Heimberg, R.G. (1991). *Cognitive-Behavioral group therapy for social phobia: A treatment manual*. Manuscrit non publié, The University at Albany, State University of New-York. NY.
- Heimberg, R.G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological psychiatry*, 51(1), 101-108.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., Zollo, L.J. et Becker, R.E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 1–23.
- **Herbert, J.D., Gaudiano, B.A., Rheingold, A.A., Moitra, E., Myers, V.H., Dalrymple, K.L. et Brandsma, L.L. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 167-177.
- Higgins, J.P.T. et Green, S. (dir.) (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Version 5.1.0)*. London: The Cochrane Collaboration.
- *Hitchcock, C., Chavira, D.A. et Stein, M.B. (2009). Recent findings in social phobia among children and adolescents. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46, 34-44.

- **Ingul, J.M., Aune, T. et Nordahl, H.M. (2013).** A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 54-61.
- Keller, M.B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(417), 85-94.
- Kendall, P.C., Choudhury, M., Hudson, J.L. et Webb, A. (2000). *The C.A.T. project manual for the cognitive behavioral treatment of anxious adolescents*. Philadelphia, Temple University Press.
- Kendall, P.C. et Hedtke, K. (2006). *The Coping Cat Workbook* (2^e éd.). Ardmore, PA: Workbook Publishing (1^{ère} éd. 1990).
- Kenny, D.A., Kashy, D.A. et Cook, W.L. (2006). *Dyadic Data Analysis*. New York: Guilford.
- Kerns, C.M., Read, K.L., Klugman, J. et Kendall, P.C. (2013). Cognitive behavioral therapy for youth with social anxiety: Differential short and long-term treatment outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 210-215.
- Kessler, R.C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: Implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(417), 19-27.
- *Khalid-Khan, M., Snatibanez, C., McMiken, M. et Rynn, A. (2007). Social anxiety disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis, and treatment. *Pediatric Drugs*, 9, 17-27.
- *Kim, K.L., Parr, A.F. et Alfano, C.A. (2011). Behavioral and cognitive behavioral treatments for social anxiety disorder in adolescents and young adults. Dans C.A. Alfano et D.C. Beidel (dir.). *Social anxiety in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice*, (p. 245–264). Washington, DC: American Psychological Association.
- *King, N., Murphy, G.C. et Heyne, D. (1997). The nature and treatment of social phobia in youth. *Journal of Counseling Psychology*, 10(4), 377-387.
- Kristensen, H. et Torgensen, S. (2006). Social anxiety disorder in 11-12 year old children: The efficacy of screening and issues in parent-child agreement. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 163-171.
- La Greca, A.M. et Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- La Greca, A.M. et Stone, W.L. (1993). Social anxiety scale for children-revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.

- Landis, J. et Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-74.
- Last, C.G., Perrin, S., Hersen, M. et Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1070-1076.
- Leahy, R.L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York, NY: The Guildford Press.
- Lee, S.W., Piersel, W.C., Friedlander, R. et Collamer, W. (1988). Concurrent validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) for adolescents. *Educational and Psychological Measurement*, 48(2), 429-433.
- **Liber, J.M., Van Widenfelt, B.M., Utens, E.M., Ferdinand, R.F., Van der Leeden, A.J., Gastel, W.V. *et al.* (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 886-893.
- Liebowitz, M.R., Schneier, F., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A. *et al.* (1992). Phenelzine vs atenolol in social phobia: A placebo-controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 290-300.
- March, J.S., Parker, J.D., Sullivan, K., Stallings, P. et Conners, C.K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565.
- Marchand, A. et Letarte, A. (2001). *La peur d'avoir peur : Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie*. Montréal: Stanké.
- Masia, C., Beidel, D.C., Fisher, P.H., Albano, A.M., Rapee, R.M., Turner, S.M. *et al.* (1999). *Skills for Academic and Social Success*. «Disponible auprès de Carrie Masia Warner, New York University School of Medicine, Child Study Center, 21 Lexington Avenue, 13th floor, New York, NY 10016 ».
- Masia Warner, C., Fisher, P.H. et Klein, R. (2004). *Educational-Supportive Group Function*. «Disponible auprès de Carrie Masia Warner, New York University School of Medicine, Child Study Center, 215 Lexington Avenue, 13th floor, New York, NY 10016 ».
- **Masia-Warner, C., Fisher, P.H., Shrout, P.E., Rathor, S. et Klein, R.G. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 676-686.
- **Masia-Warner, C., Klein, R.G., Dent, H.C., Fisher, P.H., Alvir, J., Albano, A.M. *et al.* (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 707-722.

- Masia-Warner, C., Storch, E., Pincus, D., Klein, R., Heinberg, R. et Liebowitz, M.R. (2003). The Leibowitz social anxiety scale for children and adolescents: An initial psychometric investigation. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42, 1076-1084.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, D.M., Ades, A.E. *et al.* (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368-376.
- **Melfsen, S., Kühnemund, M., Schwieger, J., Warnke, A., Stadler, C., Poustka, F. *et al.* (2011). Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on cognition: A randomised wait-list control study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 1-12.
- Melfsen, S., Kühnemund, M., Schwieger, S., Walitza, S. et Warnke, A. (s.d.). *Die Therapie der Sozialen Phobie im Kindesalter. Lehrbuch der Verhaltenstherapie -Band 4: Therapiematerialien*. Berlin: Springer.
- Muris, P., Merckelbach, H., Van Brakel, A. et Mayer, A.B. (1999). The revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED-R): Further evidence for its reliability and validity. *Anxiety, Stress and Coping*, 12(4), 411-425.
- *National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder*. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence.
- National Institute of Mental Health (1985). Clinical Global Impressions Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 839-843.
- Olivares, J. (Dir.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el trata-miento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Ollendick, T.H., Jarrett, M.A., Grills-Tauchel, A.E., Hovey, L.D. et Wolff, J.C. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1447-1471.
- Otto, M.W., Simon, N.M., Olatunji, B.O., Sung, S.C. et Pollack, M.H. (2011). *10-Minute CBT: Integrating cognitive-behavioral strategies into your practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- *Peake Britton, E. (2006). *A meta-analysis of Group Cognitive Behavior Therapy for Children and Adolescents with Social Phobia*. Repéré dans *ProQuest Dissertation and Theses*. (UMI 3231338).
- Petticrew, M. et Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Royaume-Uni: Blackwell publishing.

- Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group (2002). The pediatric anxiety rating scale (PARS): Development and psychometric properties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1061-1069.
- Reynolds, C.R. (1982). Convergent and divergent validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Educational and psychological measurement*, 42(4), 1205-1212.
- Reynolds, C.R. et Richmond, B.O. (1979). Factor structure and construct validity of "What I Think and Feel:" The Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Personality Assessment*, 43, 281-283.
- Rynn, M.A., Barber, J.P., Khalid-Khan, S., Siqueland, L., Dembiski, M., McCarthy, K.S. et al. (2006). The psychometric properties of the MASC in a pediatric psychiatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 139-157.
- **Sánchez-García, R. et Olivares, J. (2009). Effectiveness of a program for early detection/intervention in children/adolescents with generalized social phobia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 25(2), 241-249.
- *Scharfstein, L.A. et Beidel, D.C. (2011). Behavioral and Cognitive-Behavioral Treatments for youth with social phobia. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2(4), 615-628.
- *Segool, M.A. et Carlson, J.S. (2008). Efficacy of cognitive-behavioral and pharmacological treatments for children with social anxiety. *Depression and Anxiety*, 25, 620-631.
- Silverman, W. et Albano, A. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-IV (Child and parent versions)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Silverman, W.K. et Eisen, A.R. (1992). Age differences in the reliability of parent and child symptomatology using a structured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 117-124.
- Silverman, W.K. et Nelles, W.B. (1988). The anxiety disorders interview schedule for children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 772-778.
- Silverman, W.K., Pina, A.A. et Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105-130.
- Silverman, W.K. et Rabian, B. (1995). Test-retest reliability of the DSM-II-R childhood anxiety disorders symptoms using the Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 139-150.

- Silverman, W.K., Saavedra, L.M. et Pina, A.A. (2001). Test- retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSMIV: child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- Society of Clinical Child and Adolescent Psychology. *Effective Child Therapy*, Site téléaccessible à l'adresse <<http://effectivechildtherapy.com>> Consulté le 20 mai 2014.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy*, 36(5), 545-566.
- **Spence, S.H., Donovan, C. et Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 713-726.
- Stein, M.B. et Kean, Y.M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613.
- Storch, E.A., Masia-Warner, C., Heidgerken, A.D., Fisher, P.H., Pincus, D.B. et Liebowitz, M.R. (2006). Factor structure of the liebowitz social anxiety scale for children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 25-37.
- Swinson, R.P. (dir.) (2006). Clinical practice guidelines: Management of Anxiety Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(8 Suppl. 2), 1S-91S.
- Tacconelli, E. (2010). Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. *The Lancet*, 10(4), 226.
- Thor Olason, D., Sighvatsson, M.B. et Smari, J. (2004). Psychometric properties of the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) among Icelandic schoolchildren. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(5), 429-436.
- Tougas, A.-M. et Tourigny, M. (2013). L'étude des mécanismes de changement, une avenue de recherche prometteuse pour optimiser les programmes de traitement destinés aux jeunes en difficultés : Enjeux conceptuels et méthodologiques. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 27(2), 61-86.
- Tulbure, B.T., Szentagotai, A., Dobrean, A. et David, D. (2012). Evidence based clinical assessment of child and adolescent social phobia: a critical review of rating scales. *Child Psychiatry et Human Development*, 43(5), 795-820.
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes* (2^e éd.). Québec: Gaëtan Morin Éditeur. (1^{ère} éd. 2001).
- Turner, S.M., Johnson, M.R., Beidel, D.C., Heiser, N.A. et Lydiard, R.B. (2003). The Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS): A new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological Assessment*, 15(3), 384-391.

- Varela, R.E. et Biggs, B.K. (2006). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) across samples of Mexican, Mexican American, and European American children: A preliminary investigation. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 19, 67-80.
- Vasa, R.A., Carroll, L.M., Nozzolillo, A.A., Mahajan, R., Mazurek, M.O., Bennett, A.E. et al. (2014). A systematic review of treatments for anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(12), 3215-3229.
- *Velting, O.N. et Albano, A.M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(1), 127-140.
- ** Wergeland, G.J.H., Fjermestad, K.W., Marin, C.E., Haugland, B.S.M., Bjaastad, J.F., Oeding, K. et al. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour research and therapy*, 57, 1-12.
- Wittchen, H.U. et Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(417), 4-18.
- Wood, J.J., Piacentini, J.C., Bergman, L.R., McCracken, J. et Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 31, 335-342.
- Wood, J.J., Piacentini, J.C., Southam-Gerow, M., Chu, B.C. et Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 314-321.
- Wright, R.W., Brand, R.A., Dunn, W. et Spindler, K.P. (2007). How to write a systematic review. *Clinical orthopaedics and related research*, 455, 23-29.
- Young, B.J., Beidel, D.C., Turner, S.M., Ammerman, R.T., McGraw, K. et Coaston, S.C. (2006). Pretreatment attrition and childhood social phobia: parental concerns about medication. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1133-1147.
- *Zaider, T.I. et Heimberg, R.G. (2003). Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(417), 72-84.

ANNEXE A

**APPRÉCIATION DES RECENSIONS ET DES MÉTA-ANALYSES, SELON LES RECOMMANDATIONS DU
*CENTER FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (2008)***

Références	Objectifs/ Questions de recherche	Sources utilisées	Critères d'inclusion et d'exclusion	Évaluation de la qualité	Extraction des données	Synthèse des données
(Beidel, Ferrell, Alfano et Yeganeh, 2001)	X					
(Chavira et Stein, 2005)	X			X		
(Hitchcock, Chavira et Stein, 2009)	X					
(Khalid-Khan, Snatibanez, McMiker et Rynn, 2007)	X					
(Kim, Parr et Alfano, 2011)	X					

(King, Murphy et Heyne, 1997)	X					
(National Institute for Health and Care Excellence, 2013)	X	X	X	X	X	X
(Peake Britton, 2006)	X	X	X	X	X	X
(Scharfstein et Beidel, 2011)	X	X	X	X		
(Segool et Carlson, 2008)	X	X	X	X	X	X
(Velting et Albano, 2001)	X					
(Zaider et Heimberg, 2003)	X	X	X			

X : présence du critère dans l'ouvrage

ANNEXE B

APPRÉCIATION DES MÉTA-ANALYSES RECENSÉES, SELON LE NOMBRE D'ÉTUDES QU'ELLES ONT DÛ EXCLURE POUR PROCÉDER À LEURS CALCULS

Références	Nombre d'études correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion	Nombre d'études utilisées
(National Institute for Health and Care Excellence, 2013)	23	22
(Peake Britton, 2006)	21	7
(Segool et Carlson, 2008)	18	7

ANNEXE C **ACCORD INTER-JUGE SÉLECTION DES ÉTUDES**

	Oui	Non	Total
Oui	24	5	29
Non	4	170	174
Total	28	175	203

Po	0.9557	(Pourcentage brut d'accords)	I.C.]	0.9539	(Borne supérieure de l'intervalle de confiance)
Pe	0.7586	(Facteur de correction)	Z	11.6333	(Cote Z)
k	0.8163	(Valeur corrigée = kappa)	p	0.0000	(Probabilité)
ÉT _{kn}	0.0702	(Erreur type du kappa)	Donc	p<0,05	(Conclusion statistique)
I.C. [0.6788	(Borne inférieure de l'intervalle de confiance)	Kenny, Kashy et Cook (2006).		

Nom de la personne qui évalue:

Date :

Référence de l'étude :

ANNEXE D

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES

Risques de biais		Critères décisifs		Décisions et justifications		
1. Sequence generation (Distribution aléatoire)	Description de la manière dont la séquence de distribution aléatoire des participants à un groupe a été générée.	Haut risque : Le moyen / la méthode mentionnée n'est pas aléatoire (Pas totalement liée au hasard). Ex : Dates de naissance, jour de la semaine, jour d'admission, numéro d'hôpital, jugement du clinicien, référence du participant, disponibilité du traitement, etc.	Faible risque : Le moyen / la méthode mentionnée pour générer la séquence de distribution est aléatoire. Ex : Nombres générés par ordinateur, table de numéros, liste aléatoire attribuée par un ordinateur, ratio 2 :2 :1, cartes ou enveloppes mélangées, lancer des dés, etc.	Haut	Faible	Incertain
2. Allocation concealment (Attribution aléatoire)	Application à l'aveugle de la séquence de distribution par la personne responsable d'assigner les participants aux groupes.	Haut risque : Application de la séquence de distribution n'est pas réalisée à l'aveugle. Connaissance de la personne qui assigne les participants aux groupes du groupe de traitement auquel un participant sera attribué. Ex : Liste des numéros randomisés, enveloppes non-scellées, rotation de date de naissance, numéros enregistrés, etc.	Faible risque : Application de la séquence de distribution à l'aveugle. Des mesures ont été prises pour éviter que la personne responsable d'assigner les participants aux groupes connaisse l'attribution au traitement d'un participant. Ex : Utilisation d'enveloppes opaques, <i>central allocation</i> : téléphone ou internet, contenants identiques, etc.	Haut	Faible	Incertain

3. Blinding of participants, personnel (Participation à l'aveugle)	<p>Étude réalisée à triple insu, double ou simple insu.</p> <p>Haut risque : Il y a un risque que les participants, les intervenants connaissent le groupe de traitement dans lequel le participant est attribué et l'auteur juge qu'il y a une influence sur les résultats.</p> <p>Faible risque : Il n'y a pas de risque / toutes les précautions nécessaires ont été prises afin que les participants et les intervenants ne connaissent le groupe de traitement dans lequel le participant fait partie ou l'auteur juge qu'il n'y a pas d'influence sur les résultats.</p> <p>** Parfois une étude n'est pas réalisée à l'aveugle, car le participant a des actions différentes à faire selon le groupe auquel il est attribué (ex : prendre de la médication ou aller en thérapie). Donner 0 point dans ces circonstances.</p>	Haut	Faible	Incertain
4. Évaluation à l'aveugle	<p>Haut risque : L'évaluateur de la présence ou de l'absence du diagnostic sait dans quel groupe (traitement ou contrôle) le participant est.</p> <p>Faible risque : L'évaluateur de la présence ou de l'absence du diagnostic est externe et il ne sait pas quel traitement le participant a reçu.</p>	Haut	Faible	Incertain
5. Incomplete outcome data (Attrition)	<p>Manque de données (attrition) de l'étude ou du traitement au 2^e ou 3^e temps de mesure.</p> <p>Haut risque : Un haut taux d'attrition est observable (écart de plus de 20 % entre le nombre des participants au 1^{er} et au 2^e temps de mesure) et les raisons d'abandon ne sont pas similaires entre les groupes.</p>	Haut	Faible	Incertain

	<p>Faible risque : Moins de 20 % des participants ont abandonné l'étude, mais les groupes sont toujours égaux et ils ont quitté sensiblement pour les mêmes raisons et/ou un moyen est utilisé pour pallier au manque de données. Ex : Générer des résultats fictifs à l'aide d'un logiciel. (Intent-to-threat analysis ou Last observation carried forward)</p>			
6. Selective outcome reporting (Sélection des résultats rapportés)	Rapport des résultats	Haut	Faible	Incertain
	<p>Haut risque: Les objectifs annoncés, les analyses et les résultats rapportés ne sont pas tous cohérents ou ils sont incomplets. Les résultats ne répondent pas tous les objectifs annoncés qui importent dans la présente recension. (Ex : absence des tableaux, seulement quelques résultats sont rapportés, des résultats sont rapportés en lien avec des sous-échelles, plutôt que l'outil complet).</p> <p>Faible risque : Les objectifs annoncés, les analyses et les résultats sont cohérents et complets. Les résultats rapportés répondent à tous les objectifs annoncés qui importent dans la présente recension.</p>			
7. Group similarity at the baseline (Déséquilibres de base)	Déséquilibres de base	Haut	Faible	Incertain
	<p>Haut risque : Les groupes de participant comparés ne se ressemblent pas (présence de différences significatives au prétraitement en ce qui a trait aux symptômes et intensité, sexe, âge, ethnie, etc.) ou les groupes ne sont pas comparés.</p> <p>Faible risque : Les groupes se ressemblent au prétraitement (aucune différence significative en ce qui a trait aux symptômes et intensité, sexe, âge, ethnie, etc.)</p>			

Notes:

ANNEXE E
GRILLE D'EXTRACTION DES DONNÉES

Date de l'extraction	
Référence de l'étude	
Personne ayant réalisé l'extraction	

3	Distribution aléatoire <i>(méthode de randomisation des participants dans les groupes)</i>	
4	Attribution aléatoire <i>(méthode de randomisation des groupes aux traitements)</i>	
5	Participation à l'aveugle <i>(mention d'une participation à l'aveugle ou non, sinon ND)</i>	
6	Durée de la participation <i>(du recrutement au dernier follow up)</i>	
7	Approbation du comité d'éthique reçu <i>(Oui, non, ND)</i>	
8	VI <i>(Facteurs associés: coller ici les variables étudiées)</i>	
9	Outils de mesure utilisés pour les facteurs associés	

10	VD (<i>Présence ou absence de diagnostic OU intensité du problème OU intensité des symptômes</i>)	
11	Outils de mesure utilisés pour les VD	
12	Type d'analyses réalisées (Anova, Test-T, univariées, etc.)	

Notes: INSÉRER ICI LA DÉFINITION DE L'AUTEUR POUR LES PRÉDICTEURS, MODÉRATEURS ET MÉDIATEURS.

Insérer les informations disponibles. Lorsque non-disponible, inscrire ND. Lorsque dans une autre étude, retourner à l'étude originale, mais identifier dans la colonne *Situation dans le texte*. Lorsque l'information se trouve à plusieurs endroits, retenir l'information la plus complète (parfois tableau).

Participants

		Description	Situation dans le texte (p., tableau, autre)
13	Description de la population (<i>d'où viennent les participants, à quel endroit ils sont recrutés</i>)		
14	Contexte de l'étude (<i>localisation, contexte social, etc.</i>)		
15	Critère d'inclusion des participants à l'étude		

16	Critères d'exclusion des participants à l'étude		
17	Critères d'inclusion des participants au traitement		
18	Critères d'exclusion des participants au traitement		
19	Méthode de recrutement des participants (<i>sollicitation: téléphone, e-mail, clinique, etc.</i>)		
20	Nombre participants randomisés		
21	Groupes (<i>Nombre de pt par groupe</i>)	Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
		Total:	
22	Déséquilibres de base (<i>Sur quelle variable il y a des déséquilibres: Différences entre les groupes au temps 1 et qu'est-ce qui a été fait pour pallier à ces différences</i>)	Échantillon (métho) ou au début des résultats dans caractéristiques des participants. Nomment ce qu'ils ont fait pour pallier	
23	Attritions (<i>Nombre d'abandons de l'étude, abandons du traitement et exclusions/retrait en cours de processus et qu'est-ce qui a été fait pour pallier à ces abandons</i>)		

24	Raisons abandon		
25	Age (<i>Étendue, moyenne et ET</i>)	Échantillon complet	
		Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
26	Sexe (<i>Nbr à privilégier, sinon pourcentage</i>)	Échantillon complet	
		Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
27	Race/ethnie (<i>Nbr à privilégier, sinon pourcentage</i>)	Échantillon complet	
		Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
28	Sévérité du trouble d'anxiété social (<i>CGAS, si disponible</i>)		
29	Comorbidités (<i>Dx et nombre de participant</i>)	Échantillon complet	
		Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
	Notes:		
	Insérer les informations disponibles. Lorsque non-disponible, inscrire ND. Lorsque dans une autre étude, retourner à l'étude originale, mais identifier dans la colonne <i>Situation dans le texte</i> Lorsque l'information se trouve à plusieurs endroits, retenir l'information la plus complète (parfois tableau).		

Traitements			
	Si liste d'attente, écrire aucun dans gr2.		
		Descriptions	Situation dans le texte (p., tableau, autre)
30	Type de traitement	Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
31	Modalité de traitement (école, TCC individuelle, de groupe, avec implication parentale, etc.)	Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
32	Activités du traitement (exposition, restructuration cognitives, devoirs, etc.)	Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
33	Milieu dans lequel le traitement est offert (école, clinique, etc.)	Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
34	Personne qui administre le traitement (formation)	Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
35	Durée du traitement (semaine, mois, année)	Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
36	Nombre de séance (nombre total de rencontres)	Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	

37	Durée des séances (minutes)	Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
38	Intensité du tx (Nbr de séance par semaine)	Gr1:	
		Gr2:	
		Gr3:	
39	Taux de participation réelle au traitement des participants (<i>Nombre de séances auxquelles les jeunes ont réellement assisté</i>)		
Notes:			
Insérer les informations disponibles. Lorsque non-disponible, inscrire ND. Lorsque dans une autre étude, retourner à l'étude originale, mais identifier dans la colonne <i>Situation dans le texte</i> Lorsque l'information se trouve à plusieurs endroits, retenir l'information la plus complète (parfois tableau).			
Résultats			
	Ce tableau est sujet à changement selon l'étude. Inclure		
40	Efficacité (<i>Rapporter tous les résultats de toutes les comparaisons permettant de répondre à l'objectif rapporter l'ensemble des données pertinente: POUR VARIABLES DICHOTOMIQUES: Odds Ratio, chi-carré, taux de rémission et p (significatif ou non?) POUR VARIABLES CONTINUES: d Cohen (Grandeur d'Effet), analyse TIMEXGROUP ou test-T</i>)	Comparaison 1:	
		Comparaison 2:	
		Comparaison 3:	

ANNEXE F
ACCORD EXTRACTION DES DONNÉES

# Pointage	Étude 1	Étude 2	Étude 3
1	X	X	X
2	X	X	X
3	X	X	X
4	X	O	X
5	X	X	X
6	X	X	O
7	X	X	X
8	X	X	X
9	O	X	O
10	X	X	X
11	X	X	X
12	X	O	X
13	X	O	X
14	X	X	X
15	X	X	X
16	X	X	X
17	X	X	X
18	X	X	X
19	X	X	X
20	X	X	X
21	X	X	X
22	X	O	X
23	X	NA	X
24	X	X	X
25	X	X	X
26	O	X	X
27	X	X	X
28	X	X	X
29	X	O	X
30	X	X	X
31	X	X	X
32	X	X	X
33	X	O	X
34	X	NA	X
35	X	X	X
36	X	X	X
37	X	X	X

38	X	NA	X
39	O	O	X
40	X	X	X
41	X	X	X
42	X	X	X
43	X	NA	X
44	X	X	X
45	X	X	X
46	X	O	X
47	X	X	X
48	X	X	X
49	X	NA	X
50	X	X	X
51	X	X	X
52	X	NA	X
53	X	X	X
54	X	X	O
55	X	NA	X
56	X	X	X
57	X	X	X
58	X	NA	X
59	X	X	X
60	X	X	O
61	X	NA	X
62	X	X	X
63	X	X	O
64	X	NA	X
65	X	X	X
66	X	X	O
67	O	NA	X
68	X	X	X
69	X	X	O
70	X	NA	X
71	X	X	X
72	O	X	X
73	X	X	NA
74	X	X	NA
Total	69\74=0,93	55\62=0,89	65\72=0,90
$(0,93+0,89+0,90) \div 3 = \mathbf{0,91}$			

X : Accord ; **O** : Désaccord ; **NA** : Non-applicable